Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica

3.ª EDICIÓN

J. Bobes
M. P. G.-Portilla
M. T. Bascarán
P. A. Sáiz
M. Bousoño



CONTIENE CD-ROM

Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica

Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica

3.ª EDICIÓN

Julio Bobes García
Catedrático de Psiquiatría, Área de Psiquiatría,
Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo

María Paz G.-Portilla
Profesora Titular de Psicología Médica, Área de Psiquiatría,
Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo

María Teresa Bascarán Fernández
Colaborador de Honor y Doctorando, Área de Psiquiatría,
Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo

Pilar Alejandra Sáiz Martínez
Profesora Titular de Psicología Médica, Área de Psiquiatría,
Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo

Manuel Bousoño García
Profesor Titular de Psicología Médica, Área de Psiquiatría,
Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo



Paseo de Gracia 25, 3.º - 08007 Barcelona (España)
www.ArsXXI.com
ISBN 84-9706-072-5 Tercera edición

Depósito Legal: B. 49.912 - 2003
Impresión: Gràfiques 92, S.A. - Av. Can Sucarrats 91 - Rubí (Barcelona) (2003)
Printed in Spain

Introducción

Resulta muy gratificante para los autores comprobar la evolución favorable de toda obra documental. En este caso, el posible éxito se debe sin duda más al estado de necesidad del campo y a la colaboración externa obtenida, que a la aportación original de los compiladores. En cualquier caso, nos encontramos ante una tercera oportunidad para conformar una obra instrumental centrada en el clínico y en sus necesidades en la clínica con pacientes psiquiátricos.

Parece adecuado el nombre familiar que se le ha venido dando a esta obra, «el libro verde de instrumentos», en la medida en que indica la necesidad de nuevos esfuerzos madurativos y de ampliación con nuevos instrumentos, unos más específicos y otros dirigidos a nuevas parcelas, anteriormente no incorporadas.

Es justo reconocer que en esta oportunidad hemos contado con mucha colaboración de otros autores y clínicos españoles, que nos han facilitado los instrumentos y sus correspondientes referencias bibliográficas. Este aspecto colaborativo y participativo nos parece muy deseable que persista para futuras ediciones, ya que reflejaría que la obra, no sólo ofrece materiales para el trabajo, sino que incorpora el esfuerzo desarrollado en evaluación por distintos grupos de psiquiatras españoles.

En esta ocasión no podemos dejar de hacer hincapié en que, si bien se observa una mayor difusión y frecuencia de uso de los instrumentos de evaluación en el campo de la práctica clínica, no se debe perder de vista que estas evaluaciones siempre deben ser consideradas complementarias y de ayuda, entre otros dominios, al diagnóstico médico.

La utilidad más frecuentemente admitida es, sin duda, detectar y/o evaluar la intensidad o gravedad clínica, aunque cada vez más se utilizan para apoyo al diagnóstico y para precisar la respuesta a las diferentes formas de tratamiento.

En estos momentos en que está a punto de aprobarse la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en la que se regulan tanto los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas como la formación, desarrollo y participación en la planificación de éstos, se siguen reconociendo las tradicionales funciones del médico como profesional de la salud capaz de ocuparse de la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y los enjuiciamientos diagnóstico, pronóstico y terapéutico, y pueden mejorarse estas funciones con el uso de este tipo de instrumentos.

Quedan por tanto sin cubrir dentro de las atribuciones del médico las relativas a la gestión clínica en las organizaciones sanitarias, que necesitan también de instrumentos estandarizados para su evaluación, tanto del desempeño como de los resultados de la gestión. A este reto esperamos poder dar respuesta en próximas ediciones de la obra.

Esperamos que esta tercera edición reciba la misma favorable acogida que las anteriores, y que siga contribuyendo a la extensión, diseminación y uso de los instrumentos de evaluación clínica.

Oviedo, noviembre de 2003

Julio Bobes García
Catedrático de Psiquiatría

Índice de capítulos

CAPÍTULO 4

Instrumentos de evaluación para los trastornos esquizofrénicos 33

CAPÍTULO 5

Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor 51

CAPÍTULO 6

Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida 71

CAPÍTULO 7

CAPÍTULO 8

CAPÍTULO 9

CAPÍTULO 10

CAPÍTULO 11

CAPÍTULO 12

CAPÍTULO 13

CAPÍTULO 1

Instrumentos de detección y orientación diagnóstica

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

Autores	D. V. Sheehan, Y. Lecrubier, K. Harnett-Sheehan, J. Janavs, E. Weiller, L. I. Bonora, A. Keskiner, J. Schinka, E. Knapp, M. F. Sheehan, G. C. Dunbar.
Referencia	*Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P.* European Psychiatry 1997; 12: 232-241.
Evalúa	Principales trastornos psiquiátricos del Eje I.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve.
- Explora, para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10.
- La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica.
  - Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno.
  - Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.
- Versión en español de la MINI: L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert, M. Soto, O. Soto.
- Existen varias versiones en español:
  - La MINI.
  - La MINI Plus para la investigación.
  - La MINI Kid para niños y adolescentes.

Corrección e interpretación

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos.

Referencias complementarias

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: Procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. European Psychiatry 1998; 13: 26-34.

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. European Psychiatry 1997; 12: 224-231.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. J Clin Psychiatry 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

1.2. Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas (Community Assessment of Psychic Experiences, CAPE)

Autores	N. C. Stefanis, M. Hanssen, N. K. Smirnis, D. A. Avramopoulos, I. K. Evdokimidis, C. N. Stefanis, H. Verdoux, J. Van Os.
Referencia	*Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population.* Psychol Med 2002; 32: 347-358.
Evalúa	Experiencias mentales de las psicosis (síntomas positivos, negativos y depresivos).
N.º de ítems	42.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El CAPE fue desarrollado tomando como base el PDI-21 (Peters et al Delusions Inventory) para evaluar el modelo tridimensional de experiencias psicóticas en la población general. Se añadieron ítems para completar la evaluación de los síntomas positivos del PDI-21 (especialmente las alucinaciones), los síntomas negativos y los depresivos.
- Consta de 42 ítems que evalúan los síntomas:
  - Positivos: 20 ítems procedentes en parte del PDI-21 que evalúan delirios y alucinaciones auditivas y verbales.
    - Ítems n.º 2, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 17, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 31, 33, 34, 41 y 42.
  - Negativos: 14 ítems derivados de la SENS que evalúan amotivación, embotamiento afectivo, aislamiento.
    - Ítems n.º 3, 4, 8, 16, 18, 21, 23, 25, 27, 29, 32, 35, 36 y 37.
  - Depresivos: 8 ítems centrados en los aspectos cognitivos de la depresión (pesimismo, tristeza, desesperanza, culpabilidad) que discriminan entre síntomas negativos y depresivos.
    - Ítems n.º 1, 9, 12, 14, 19, 38, 39 y 40.
- Cada ítem ha de ser valorado por el paciente desde una doble perspectiva:
  - Frecuencia de presentación: escala tipo Likert de frecuencia con 4 grados de libertad (1, nunca; 4, casi siempre).
  - Distrés o molestia que produce la experiencia en concreto en caso de que se presente (puntuaciones en la frecuencia de 2 a 4): escala Likert de intensidad de 4 grados (1, no me molesta nada; 4, me molesta mucho).
- Se trata de un instrumento autoaplicado.
- Existe una versión en español.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación global y puntuaciones en las tres dimensiones (sintomatología positiva, negativa y depresiva) desde una doble perspectiva:
  - Frecuencia de las experiencias.
  - Distrés que esas experiencias le producen.
- Para obtener las puntuaciones:
  - En primer lugar es necesario recodificar los valores directos, de tal modo que el 0 = 1, el 1 = 2, el 2 = 3 y el 3 = 4.
  - Tanto para cada área como para el global, la puntuación se calcula sumando los valores directos (una vez recodificados) y dividiéndolos por el número de ítems que han puntuado positivo (valores directos distintos de 0 = nunca).

Referencias complementarias

Verdoux H, Sorbara F, Gindre C, Swendsen JD, Van Os J. Cannabis use and dimensions of psychosis in a nonclinical population of female subjects. Schizophr Res 2002; 59: 77-84.

Hanssen M, Peeters F, Krabbendam L, Radstake S, Verdoux H, Van Os J. How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38: 149-154.

CAPÍTULO 2

Instrumentos de evaluación para los trastornos mentales orgánicos

2.1. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)

Autores	M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. Mc Hugh.
Referencia	*Minimental State: A practical guide for grading the cognitive state of patients for the clinician.* J Psychiatr Res 1975; 12: 189-198.
Evalúa	Cribado de déficit cognitivo.
N.º de ítems	13.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- El MEC es un instrumento diseñado para la detección de casos de deterioro cognitivo.
- En total el paciente ha de contestar o realizar 30 cuestiones, que exploran las siguientes áreas cognitivas:
  - Orientación temporal y espacial.
  - Memoria inmediata.
  - Concentración y cálculo.
  - Memoria diferida.
  - Lenguaje y praxis.
- Es un instrumento heteroaplicado, sencillo y rápido de administrar (5-10 minutos).
- Existen dos versiones en castellano que son ligeramente diferentes. La que se presenta en esta guía práctica, el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), es la versión que ha sido adaptada y validada por Lobo y cols. (1975).
  La otra versión existente se denomina Test Mini-Mental y difiere de la de Lobo en los siguientes ítems:
  - Memoria de fijación: deja a la elección del entrevistador las 3 palabras que va a tener que repetir.
  - Concentración y cálculo: da 2 opciones:
    - Bien restar de 7 en 7 a partir de 100.
    - Bien deletrear la palabra «mundo» al revés.
  - Lenguaje y construcción: la frase que ha de repetir el paciente es: «ni sí, ni no, ni pero».

Corrección e interpretación

- Orientación: cada respuesta correcta es 1 punto. Máximo 10 puntos.
- Memoria de fijación: decir despacio y claramente cada una de las palabras. Repetirlas tantos intentos como sea necesario hasta que se las aprenda (ya que es imprescindible para que luego las pueda recordar). Hacer hincapié en que debe intentar recordarlas porque más tarde se las vamos a volver a preguntar. Cada palabra repetida correctamente en el *primer intento* vale 1 punto. Máximo 3 puntos.
- Concentración-cálculo:
  - Restar de 30 €: se le puede ayudar un poco si tiene dificultades de comprensión. La ayuda que se le puede dar no debe ser más de: «Si tiene 30 € y me da 3, ¿cuántos le quedan?, y ahora siga dándome de 3 en 3». Un punto por cada sustracción independiente correcta. Ejemplo: 27-23-20-17-15: 3 puntos (27, 20 y 17). Máximo 5 puntos.
  - Repetir los dígitos hacia atrás: únicamente puntúa la repetición a la inversa, no la directa que ha de repetir hasta que se aprenda los 3 dígitos. Cada dígito colocado en el orden inverso adecuado es 1 punto. Máximo 3 puntos (2-9-5).
- Memoria diferida: por cada palabra que recuerde (dejarle tiempo suficiente), 1 punto. Máximo 3 puntos.
- Lenguaje y praxis:
  - Repetir la frase: 1 punto si la repite correctamente en el primer intento (si se equivoca en 1 sola letra ya es 0 puntos).
  - Semejanzas: 1 punto por cada respuesta correcta. La única respuesta correcta para rojo y verde es colores; para perro y gato son válidas: animales, mamíferos, bichos, animales de 4 patas, etc. Máximo 2 puntos.
  - Órdenes verbales: coger el papel con la mano derecha: 1 punto; doblarlo como máximo 2 veces: 1 punto; ponerlo donde se le haya indicado (en condiciones normales en la consulta es encima de la mesa): 1 punto. Máximo 3 puntos.

- Leer la frase: se aconseja tenerla escrita en letras de gran tamaño en una cartulina para facilitar la visión. Indicarle que se ponga las gafas si las necesita, y que lo que le pedimos es que lea y haga lo que pone en la cartulina (como mucho decírselo 2 veces pero siempre antes de que empiece a leer, si ya ha leído la frase no debe decírsele lo que tiene que hacer). Si cierra los ojos sin necesidad de que se le insista que debe hacer lo que lee (da igual que lo lea en voz alta o baja) es 1 punto.
- Escribir una frase: advertirle que no vale su nombre. Se le puede poner un ejemplo pero insistiéndole que la frase que escriba ha de ser distinta. Si escribe una frase completa (sujeto, verbo y objeto) es 1 punto.
- Copiar el dibujo: al igual que con la lectura, se recomienda tener el dibujo a escala mayor en una cartulina aparte (puede ser en la cara de atrás de la cartulina con la frase). Los pentágonos dibujados han de tener: 5 lados y 5 ángulos, y han de estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto, y formando un cuadrángulo. El dibujo correcto vale 1 punto.

- La puntuación total oscila entre 0 y 35 puntos.
- Los puntos de corte recomendados por los autores aparecen en la tabla.

	Ancianos	*Adultos*
Probable déficit cognitivo global	0-23	0-27
Probable normal	24-35	28-35

Referencias complementarias

Lobo A, Ezquerra J, Gómez FB y cols. El Mini-Examen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1979; 7: 189-202.

2.2. Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)

Autor	E. Pfeiffer.
Referencia	*A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients (SPMSQ)*. J Am Geriatr Soc 1975; 23: 433-441.
Evalúa	Presencia y grado de deterioro cognitivo.
N.º de ítems	10.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- Este cuestionario fue diseñado por Pfeiffer en 1975 como instrumento de cribado del deterioro cognitivo y para la determinación del grado. Es un instrumento sencillo de administrar y valorar.
- Es un cuestionario útil tanto para pacientes institucionalizados como para la población general.
- Se encuentra adaptado y validado en nuestro país por dos grupos diferentes de autores.

Corrección e interpretación

- Se trata de un cuestionario heteroaplicado, de 10 ítems, sobre cuestiones muy generales y personales, que detecta tanto la presencia de deterioro cognitivo como su grado.
- Es una prueba de muy rápida y fácil administración en la que únicamente se anotan las respuestas erróneas. Las cuestiones con varias respuestas sólo se aceptan como correctas si todos los elementos de las mismas lo son.
- Explora los siguientes apartados:
  - Memoria a corto y largo plazo.
  - Orientación.
  - Información sobre hechos cotidianos.
  - Capacidad de cálculo.
- Interpretación de los resultados:
  - De 0 a 2 errores: normal.
  - De 3 a 4 errores: deterioro leve.
  - De 5 a 7 errores: deterioro moderado.
  - De 8 a 10 errores: deterioro grave.
  - Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores.

Referencias complementarias

García-Montalvo JI, Rodríguez L, Ruipérez I. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de geriatría. Rev Esp Geriatr Gerontol 1992; 27: 129-133.

Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001; 117: 129-134.

2.3. Test del Dibujo del Reloj (Clock Drawing Test, CDT)

Autores	H. Goodglass, E. Kaplan.
Referencia	*Supplementary language tests.* En: *The Assessment of Aphasia and Related Disorders.* Philadelphia: Lea and Febiger, 1972.
Evalúa	El funcionamiento cognitivo global.
N.º de ítems	1.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- Se trata de un instrumento muy sencillo y breve de evaluación del funcionamiento cognitivo.
- Consiste en que el paciente ha de dibujar un reloj determinado, para lo cual se le da la siguiente orden: «Dibuje un reloj: dibuje una esfera y ponga todos los números de las horas en ella. Ponga las manecillas en las 11:10».
- Mediante esta prueba se evalúa el análisis visual, la percepción, la ejecución motora, la atención, el lenguaje y la comprensión, y el conocimiento numérico.
- Existe una versión en español.

Corrección e interpretación

- Se obtiene una puntuación total indicativa del funcionamiento cognitivo. Para obtener dicha puntuación se han de ir sumando los siguientes criterios (son los criterios originales):
  - Si sitúa el número 12 correctamente (arriba) se le da 3 puntos.
  - Si pone los 12 números, 2 puntos.
  - Si dibuja las 2 manecillas, 2 puntos.
  - Si sitúa las manillas correctamente en la hora que se le pide (11:10), 2 puntos.
- La puntuación total oscila pues entre 0 y 9, siendo los puntos de corte recomendados:
  - 0-6: deterioro cognitivo.
  - 7-9: funcionamiento cognitivo normal.

Referencias complementarias

Cacho J, García R, Arcaya J, Gay AL, Guerrero JC, Vicente JL. El test del reloj en ancianos sanos. Rev Neurol 1996; 24: 1525-1528.

Cartié M, Baillés E, Bañuls E, Salamero M. Screening de la utilidad del Test del Dibujo del Reloj para la detección de deterioro cognitivo. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 1999; 26(2): 43-48.

Gauthier S (ed.). Alzheimer Disease in Primary Care. London: Martin Dunitz, 1997.

2.4. Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)

Autores	R. C. Mohs, W. G. Rosen, K. L. Davis.
Referencia	*The Alzheimer's Disease Assessment Scale: An instrument for assessing treatment efficacy.* Psychopharmacol Bull 1983; 19: 448-450.
Evalúa	El estado cognitivo y el comportamiento de los pacientes con Alzheimer.
N.º de ítems	21; 11 forman el ADAS cognitivo y 10 el ADAS no cognitivo.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- El ADAS es un instrumento diseñado para la evaluación del estado cognitivo y del comportamiento de los pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- Es el único instrumento que la Agencia Europea del Medicamento tiene en cuenta y considera básico en la actualidad para la valoración de la eficacia terapéutica de los nuevos productos que buscan indicación en el campo de las demencias.
- Consta de un total de 21 ítems que se agrupan en dos subescalas: el ADAS cognitivo (11 ítems) y el ADAS no cognitivo (10 ítems).
- El ADAS cognitivo evalúa las siguientes funciones cognitivas:
  - Memoria: recuerdo inmediato de palabras, reconocimiento de palabras y recuerdo de las instrucciones de la prueba de memoria.
  - Lenguaje: encadenamiento de órdenes múltiples, denominación de objetos y dedos, capacidad en el lenguaje hablado, comprensión del lenguaje hablado y dificultad en encontrar las palabras adecuadas.
  - Praxia: constructiva e ideatoria.
  - Orientación: temporal y espacial.
- El ADAS no cognitivo evalúa las alteraciones del:
  - Estado de ánimo: lloros, depresión, apetito.
  - Comportamiento: concentración/distraibilidad, falta de cooperación en las pruebas, ideas delirantes, alucinaciones y actividad psicomotora (deambulación, hiperactividad y temblor).
- Es un instrumento heteroaplicado. El tiempo de administración aproximado es de 45 minutos.

Corrección e interpretación

- Para poder administrar este instrumento se precisa material complementario que no se adjunta en esta obra (objetos, láminas, cartulinas con palabras escritas, sobre, sello, etc.).
- Cada una de las pruebas de las 2 subescalas tiene criterios operativos específicos para la puntuación.
  - Las puntuaciones en los ítems del ADAS cognitivo varían en los distintos ítems. En todos los casos mayor puntuación significa mayor deterioro. La puntuación total oscila entre 0 y 69. Las puntuaciones de referencia son las siguientes:
    - Ancianos sanos: 0-10 puntos.
    - Alzheimer ligero-moderado sin tratar: 15-25 puntos.
  - Las puntuaciones en los ítems del ADAS no cognitivo oscilan entre 0 (ninguna disfunción) y 5 (máxima disfunción). La puntuación en esta subescala oscila pues entre 0 y 50.
- La puntuación total se calcula sumando las puntuaciones en los 11 ítems del ADAS cognitivo y en los 10 ítems del ADAS no cognitivo. La puntuación total oscila entre 0 y 119 puntos; a mayor puntuación mayor deterioro.

Referencias complementarias

Manzano JM, Llorca G, Ledesma A, López-Ibor JJ. Adaptación española de la Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS). Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1994; 22(2): 64-70.

Rosen WG, Mohs RC, Davis KL. A new rating scale for Alzheimer's disease. Am J Psychiatry 1984; 141: 1356-1364.

2.5. Escala de Isquemia de Hachinski

Autores	V. C. Hachinski, L. Illif, G. H. Duboulay, V. Mac Allister, J. Marshall, R. Russel, L. Symon.
Referencia	*Cerebral flow in dementia.* Arch Neurol 1975; 32: 632-637.
Evalúa	La posible etiología vascular del deterioro cognitivo.
N.º de ítems	13.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- Fue desarrollada con la intención de obtener un instrumento sencillo que orientara y ayudara en la catalogación causal de la demencia.
- Consta de 13 ítems que exploran las características propias de la demencia vascular:
  - Inicio del cuadro.
  - Curso.
  - Síntomas psicológicos.
  - Historia cardiovascular.
  - Signos y síntomas neurológicos.
- El clínico debe dilucidar si cada uno de los ítems está presente, en cuyo caso le atribuye 1 punto, excepto en los ítems 1, 3, 10, 12 y 13 cuya presencia vale 2 puntos.
- Escala heteroaplicada.
- Existe versión en español.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total suma de las puntuaciones en los 13 ítems. Dicha puntuación puede oscilar entre 0 y 18.
- Los puntos de corte propuestos son:
  - < 5: orienta claramente a demencia Alzheimer.
  - 5-6: zona de duda.
  - > 6: orienta claramente a demencia multiinfarto.

2.6.1. Índice de Katz de Independencia de las Actividades de la Vida Diaria

Autores	S. Katz, A. B. Ford, R. W. Moskowitz, B. A. Jackson, M. A. Jaffe.
Referencia	*The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function.* JAMA 1963; 185: 914-919.
Evalúa	El grado de independencia funcional.
N.º de ítems	6.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- Inicialmente desarrollada para valorar el funcionamiento en fracturados de cadera. En la actualidad se utiliza para la evaluación del funcionamiento en los enfermos crónicos.
- Consta de los siguientes 6 apartados:
  - 5 evalúan el grado de independencia del paciente en 5 actividades de la vida diaria:
    - Baño.
    - Vestido.
    - Uso del váter.
    - Movilidad.
    - Alimentación.
  - El apartado restante evalúa la continencia esfinteriana.
- En cada apartado la puntuación se realiza mediante una escala dicotómica (independiente/dependiente) en la que ambos valores están claramente definidos.
- Es una escala heteroaplicada; el clínico ha de valorar lo que el paciente hace realmente y no lo que es capaz de hacer.
- El marco de referencia temporal es el momento actual.
- Existe versión en castellano.

Corrección e interpretación

- Proporciona un índice del nivel de independencia del paciente, que oscila entre:
  - A: independiente en todas las funciones.
  - G: dependiente en todas las funciones.
- Existe otro método de corrección que proporciona una puntuación que oscila entre 0 (independiente en las 6 actividades evaluadas) y 6 (dependiente en todas ellas).
  - La puntuación consiste en asignar 1 punto a cada actividad en la que el paciente sea dependiente.

Referencias complementarias

Álvarez M, Alaiz AT, Brun E y cols. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten Primaria 1992; 10: 812-815.

Badía X, Salamero M, Alonso J, Ollé A. La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español. PPU: Barcelona, 1996; 25-29.

2.6.2. Índice de Barthel

Autores	F. I. Mahoney, D. W. Barthel.
Referencia	*Functional evaluation: The Barthel Index.* Md State Med J 1965; 14(2): 61-65.
Evalúa	El grado de discapacidad.
N.º de ítems	10.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- Es uno de los índices más utilizados en nuestro país para valorar el grado de discapacidad para el ingreso en residencias asistidas.
- Evalúa las siguientes 10 actividades básicas de la vida cotidiana: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular y escalones.
- El clínico, con la ayuda del cuidador, ha de asignar una puntuación entre 0 y 10 a cada una de las actividades. El 0 corresponde a dependiente y el 10 a totalmente independiente.
- El marco de referencia es el momento actual, excepto en los ítems de deposiciones y micción en que es preciso valorar la semana pasada.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total suma de las puntuaciones en cada uno de los 10 ítems. La puntuación oscila entre 0 y 100 (90 en el caso de que el sujeto vaya en silla de ruedas).
- Los puntos de corte propuestos son:
  - < 20: totalmente dependiente.
  - 20-35: dependiente grave.
  - 36-55: dependiente moderado.
  - ≥ 60: dependiente leve.
  - 100: totalmente independiente.

Referencias complementarias

Duch FR, Ruiz de Porras L, Gimeno D. Recursos psicométricos utilizables en atención primaria. Barcelona: UBI Societas, 1999; 80-81.

Capítulo 3

Instrumentos de evaluación para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas: alcohol y otras drogas

3.1. Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI)

Autores	A. Kokkevi, C. Hartgers.
Referencia	*European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence.* Eur Addict Res 1995; 1: 208-210.
Evalúa	Gravedad de la dependencia.
N.º de ítems	141.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- El EuropASI es una entrevista semiestructurada y estandarizada que proporciona información sobre aspectos de la vida del paciente que han podido contribuir a su síndrome de abuso de sustancias.
- Su tiempo de aplicación es relativamente breve, entre 45 y 60 minutos, si bien depende del paciente y de la experiencia del investigador.
- Para su correcta administración se recomienda la realización de un curso de entrenamiento previo.
- Desde el punto de vista clínico, proporciona información de utilidad para: describir las necesidades de los pacientes al inicio del tratamiento, asignar a los pacientes a las estrategias terapéuticas adecuadas y evaluar los resultados de las intervenciones.
- Consta de 6 áreas que son independientes entre sí:
  - Situación médica (16 ítems).
  - Situación laboral/soportes (26 ítems).
  - Consumo de alcohol/otras drogas (28 ítems).
  - Problemas legales (23 ítems).
  - Relaciones familiares/sociales (26 ítems).
  - Estado psiquiátrico (22 ítems).
- Las áreas problema tienen todas la misma estructura, empezando por una serie de ítems objetivos que proporcionan un cuadro de la situación actual del paciente, y terminando con dos preguntas subjetivas sobre la importancia de los problemas referidos en la entrevista objetiva y del tratamiento para los mismos. De este modo, se obtiene una idea sobre el tipo de problemas que tiene el paciente y sobre lo que debería hacer respecto a ellos.
- Las preguntas subjetivas del EuropASI son iguales en todas las áreas y son contestadas por el paciente utilizando una escala de 5 puntos denominada escala de evaluación del paciente (0, en absoluto; 1, ligeramente; 2, moderadamente; 3, considerablemente; 4, extremadamente).
- La palabra gravedad se entiende como necesidad de tratamiento o como implementación de un tratamiento adicional, es decir, del grado con el que es necesario algún tipo de intervención efectiva independientemente de que este tratamiento esté disponible o incluso exista. Esas puntuaciones de gravedad pueden oscilar entre 0 y 9:
  - 0-1: no existe problema real, el tratamiento (ayuda, diagnóstico) no está indicado.
  - 2-3: problema leve, probablemente no es necesario tratamiento (ayuda, diagnóstico).
  - 4-5: problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento (ayuda, diagnóstico).
  - 6-7: problema considerable, tratamiento (ayuda, diagnóstico) necesario.
  - 8-9: problema extremo, tratamiento (ayuda, diagnóstico) absolutamente necesario.
- El EuropASI cuenta con una valoración por parte del entrevistador de la veracidad de la información referida por el paciente, que proporciona información sobre la calidad de la entrevista y, más concretamente, sobre dificultades de comprensión por parte del paciente o deseo de éste de distorsionar la entrevista.
- Es un instrumento heteroaplicado.

Corrección e interpretación

- El entrevistador utilizará la evaluación objetiva del paciente para realizar su propia evaluación de la gravedad del problema en cada área. Para ello realizará en primer lugar una estimación de la gravedad (un rango de 2 o

3 puntos) basándose en los datos objetivos obtenidos en la entrevista, y en un segundo paso, basándose en la evaluación subjetiva del paciente, elegirá un punto del rango estimado anteriormente.

- Por ejemplo, si el clínico ha establecido en el primer paso un rango de gravedad de 3 dígitos (p. ej., 5-7) y el paciente en la escala de autoevaluación ha escogido el valor 4, obligatoriamente se ha de elegir el valor más alto del rango establecido por el entrevistador, es decir, el 7. Si por el contrario, el paciente hubiese elegido en la escala de autoevaluación el valor 0, el valor que debería de ser elegido del rango establecido por el entrevistador sería el 5. El valor 6 se elegiría en el caso que el paciente hubiese elegido en la autoevaluación el valor 2 (ver tabla adjunta).

	Seleccione del rango propuesto el valor		
Rango 3 dígitos	*Más bajo*	*Medio*	*Más alto*
Molestia/preocupación	0-1	2	3-4
Necesidad de tratamiento	0-1	2	3-4

- Si el rango que se estableció en el primer paso (rango del entrevistador) es de sólo 2 valores, se escogerá el valor inferior cuando el paciente en la autoevaluación escoja el 0 o el 1, y en el resto de los casos (cuando el paciente escoge los valores 2, 3 y 4) se escogerá el valor superior del rango (ver tabla adjunta).

	Seleccione del rango propuesto el valor	
Rango 2 dígitos	*Más bajo*	*Más alto*
Molestia/preocupación	0-1	2-4
Necesidad de tratamiento	0-1	2-4

- Para establecer el rango de gravedad el entrevistador debe prestar especial atención a una serie de parámetros entre los que se encuentran: ítems críticos, intensidad del problema, necesidad de tratamiento o intervención, hasta qué punto el tratamiento adecuado ya está siendo empleado, riesgo vital, grado de invalidez, grado de distrés, énfasis en los últimos 30 días y presencia de quejas persistentes.
- El entrevistador establecerá una puntuación de gravedad para cada una de las áreas.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación mayor gravedad.

Referencias complementarias

Blanken P, Pozzi G, Hartgers C, Fahrner EM, Kokkevi A, Uchtenhagen A. European Addiction Severity Index: EuropASI. A guide to training and administering EuropASI interviews. Versión española de Bobes J, González MP, Iglesias C, Wallace D, 1996.

Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M. Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría, 1996; 201-218.

González MP, Sáiz PA, Bousoño M, Bobes J. Evaluación de la gravedad de la conducta alcohólica. Psiquiatría Biológica 1998; 5 (Supl 1): 40-43.

3.2. Cuestionario CAGE

Autor	J. A. Ewing
Referencia	*Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire.* J Am Med Assoc 1984; 252: 1905-1907.
Evalúa	Diagnóstico precoz de problemas relacionados con el alcohol.
N.º de ítems	4.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- El CAGE consta de sólo 4 ítems; 3 de ellos exploran los aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo del alcohol, y el último explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica.
- Los 4 ítems son de respuesta dicotómica sí/no.
- Es un cuestionario heteroaplicado que puede ser administrado por personal auxiliar previamente entrenado en su uso.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 4 ítems.
- En cada ítem, la respuesta afirmativa vale 1 punto y la negativa 0.
- Los autores recomiendan utilizar los siguientes puntos de corte:
  - 0: no hay problemas relacionados con el alcohol.
  - 1: indicio de problemas relacionados con el alcohol.
  - 2-4: dependencia alcohólica.

Referencias complementarias

Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. Drogalcohol 1986; 11: 132-139.

3.3. Münchner Alkoholismus Test (MALT)

Autores	W. Feurlein, C. Ringer, K. A. Küfner.
Referencia	*Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkolismustes (MALT).* Münch Med Wochf 1977; 119: 1275-1282.
Evalúa	Diagnóstico de la dependencia alcohólica.
N.º de ítems	MALT-O: 7; MALT-S: 27.
Administración	MALT-O: heteroaplicada; MALT-S: autoaplicada.

Descripción

- El MALT está formado por dos partes:
  - MALT-O (MALT objetivo): constituido por 7 ítems indicadores orgánicos de la dependencia alcohólica.
  - MALT-S (MALT subjetivo): formado por 27 ítems sobre la percepción subjetiva del paciente sobre sus problemas con el alcohol (dependencia psicológica).
- Todos los ítems tienen una respuesta dicotómica sí/no.
- La parte objetiva (MALT-O) ha de ser administrada por el clínico, mientras que la parte subjetiva (MALT-S) es cumplimentada por el propio paciente.
- Aunque se diferencie en dos partes, el MALT debe ser contemplado e interpretado en su conjunto.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 34 ítems.
- En el MALT-O, la respuesta afirmativa vale 4 puntos y la negativa 0. En el MALT-S, la respuesta afirmativa vale 1 punto y la negativa 0 puntos.
- Los autores recomiendan utilizar los siguientes puntos de corte:
  - 0-5: no problemas relacionados con el alcohol.
  - 6-10: sospecha de alcoholismo.
  - $\geq$ 11: alcoholismo.

Referencias complementarias

Díez Manrique JF y cols. Validación de un instrumento de despistaje de problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol: MALT (Münchner Alkoholismus Test). An Psiquiatr 1986; 2: 135-140.

Rodríguez-Martos A, Suárez R. MALT (Münchner Alkoholismus Test). Validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. Rev Psiquiatr Psicol Med 1984; 16: 421-432.

3.4. Test AUDIT

Autores	J. B. Saunders, O. G. Aasland, T. F. Babor, J. R. de la Fuente, M. T. I. Grant.
Referencia	*Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II.* Addiction 1993; 88: 791-804.
Evalúa	Detección de bebedores de riesgo.
N.º de ítems	10.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El AUDIT consta de 10 ítems que exploran el consumo de alcohol del sujeto, así como los problemas derivados del mismo.
- Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes.
- Se trata de un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems.
- En cada ítem, el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4 (en los ítems 9 y 10 los valores posibles son tan sólo 0, 2 y 4). El valor de la puntuación total oscila pues entre 0 y 40.
- Existen puntos de corte diferenciados para hombres y mujeres que se proporcionan en la siguiente tabla.

	Hombres	*Mujeres*
No problemas relacionados con el alcohol	0-7	0-5
Bebedor de riesgo	8-12	6-12
Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40

Referencias complementarias

Rubio G, Bermejo J, Cabellero MC, Santo Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. Rev Clin Esp 1998; 198: 11-14.

3.5. Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA)

Autores	A. Gual, M. Contel, L. Segura, A. Ribas, J. Colom.
Referencia	*El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos), un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo.* Med Clin (Barc) 2001; 117: 685-689.
Evalúa	Cantidad y frecuencia de consumo de alcohol.
N.º de ítems	3.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- El ISCA es un cuestionario diseñado para detectar precozmente bebedores de riesgo en el ámbito de atención primaria.
- Evalúa el consumo alcohólico teniendo en cuenta tanto los patrones regulares como irregulares de consumo semanal que se dan en la población general.
- Consta de 3 preguntas de tipo cantidad-frecuencia:
  - La primera explora el consumo de alcohol.
  - La segunda, la frecuencia de los consumos.
  - La tercera, las variaciones de consumo entre días laborales y festivos.
- La rejilla de respuestas es rellenada por el clínico y en ella se registran:
  - Las cantidades habitualmente consumidas en días laborales y en días festivos, convertidas a Unidades de bebida estándar (UBE) cuyo contenido alcohólico se sitúa en 10 g.
  - El número de días de consumo en una semana normal.
- Se trata de un instrumento heteroaplicado.

Corrección e interpretación

- Multiplicando ambos índices (cantidad y días) y sumando los subtotales se obtiene un resultado final.
- El resultado final es un cálculo del consumo semanal de alcohol medido en UBE.
- Los puntos de corte propuestos por los autores (o lo que es lo mismo, serían bebedores de riesgo), son los siguientes:
  - Hombres: 28 puntos.
  - Mujeres: 17 puntos (en el caso de estas últimas recomiendan valorar los casos cuyo ISCA se sitúe entre 11 y 16).

3.6 Escala para la Evaluación de la Abstinencia Alcohólica (revisada) del Addiction Research Foundation Clinical Institute (Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale, CIWA-Ar)

Autores	J. T. Sullivan, K. Sykora, J. Schneiderman, C. A. Naranjo, E. M. Sellers.
Referencia	*Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar)*. Br J Add 1989; 84: 1353-1357.
Evalúa	Gravedad del síndrome de abstinencia de alcohol.
N.º de ítems	10.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La CIWA-Ar es un instrumento diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología de la abstinencia de alcohol.
- Se trata de una entrevista semiestructurada de 10 ítems, en los que se evalúan diferentes signos y síntomas relacionados con la abstinencia alcohólica (náuseas y vómitos, temblor, sudoración paroxística, ansiedad, agitación, alteraciones táctiles, alteraciones auditivas, alteraciones visuales, cefalea y pesadez de cabeza y orientación y aturdimiento).
- En los ítems 1-9 se emplea una escala de intensidad de 8 puntos (ausencia del signo/síntoma, 0; intensidad máxima, 7). En el último ítem se utiliza una escala de intensidad de 5 puntos (orientado y con capacidad de respuesta serial, 0; desorientación temporoespacial, 4).
- Es un instrumento heteroaplicado.
- No existe validación española del instrumento.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 signos y síntomas explorados.
- En cada signo/síntoma evaluado las puntuaciones oscilan entre 0 y 7, excepto en el último (orientación y obnubilación sensorial), que se puntúa de 0 a 4. Por tanto, el rango de puntuaciones oscila entre 0 y 67.
- Los autores recomiendan utilizar los siguientes puntos de corte:
  - 0-9: abstinencia leve (se podría administrar una medicación ligera o incluso prescindir de ella).
  - 10-20: abstinencia moderada (se recomienda establecer una pauta terapéutica de síndrome de abstinencia leve-moderado).
  - 21-67: abstinencia grave (se recomienda desintoxicación hospitalaria).

3.7. Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia del Alcohol (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire, SADQ)

Autores	T. Stockwell, R. Hodgson, G. Edwards, C. Taylor, H. Rankin.
Referencia	*Developmental of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence.* Br J Addiction 1979; 74: 79-87.
Evalúa	Gravedad de la dependencia del alcohol.
N.º de ítems	33.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El SADQ es un instrumento diseñado para evaluar la gravedad de la dependencia del alcohol.
- El marco de referencia temporal son los últimos 6 meses.
- Consta de 33 ítems que se agrupan en 5 subescalas:
  - Síntomas físicos de abstinencia (ítems 1 a 7).
  - Síntomas afectivos de abstinencia (ítems 8 a 14).
  - Conductas para aliviar los síntomas de abstinencia (ítems 15 a 21).
  - Consumo habitual de alcohol (ítems 22 a 27).
  - Reinstauración de los síntomas de abstinencia tras un período de recaída (ítems 28 a 33).
- En los ítems 1-27 se emplea una escala de frecuencia de cuatro puntos (nunca o casi nunca, 0; a veces, 1; a menudo, 2; casi siempre, 3). En los ítems 28-33 se utiliza una escala de intensidad (nada, 0; un poco, 1; moderadamente, 2; bastante, 3).
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Se obtiene una puntuación total a partir de la puntuación obtenida en cada ítem.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad (en pacientes españoles a tratamiento ambulatorio por dependencia alcohólica, se obtuvo una puntuación media [DE] = 31,04 [18,35]).

Referencias complementarias

Rubio G, Urosa B, Rubio MC, Ulibarri S, Mata F. Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia del alcohol en población española. An Psiquiatría 1996; 12: 285-289.

3.8. Escala de la Intensidad de la Dependencia del Alcohol (EIDA)

Autores	G. Rubio, B. Urosa, J. Santo Domingo.
Referencia	*Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol.* Psiquiatría Biológica 1998; 5 (Supl 1): 44-47.
Evalúa	Intensidad de la dependencia del alcohol.
N.º de ítems	30.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La EIDA es una escala diseñada para valorar la intensidad de la dependencia del alcohol.
- Es un cuestionario derivado de la versión española del Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia del Alcohol (SADQ).
- El marco de referencia temporal son los últimos 6 meses.
- Consta de 30 ítems que se agrupan en 6 subescalas (cada sección consta de 5 ítems):
  - Síntomas físicos de abstinencia (ítems 1 a 5).
  - Síntomas psicológicos de abstinencia (ítems 6 a 10).
  - Conductas para aliviar los síntomas de abstinencia (ítems 11 a 15).
  - Consumo habitual de alcohol (ítems 16 a 20).
  - Dificultad para controlar la ingestión (ítems 21 a 25).
  - Reinstauración de la sintomatología tras la recaída (ítems 26 a 30).
- En los ítems 1-25 se emplea una escala de frecuencia de cuatro puntos (nunca o casi nunca, 0; a veces, 1; a menudo, 2; casi siempre, 3). Las preguntas 23 a 25 se puntúan en sentido inverso. En los ítems 26-30 se utiliza una escala de intensidad (nada, 0; un poco, 1; moderadamente, 2; bastante, 3).
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Se obtiene una puntuación total a partir de la puntuación obtenida en cada ítem (se recuerda que las preguntas 23 a 25 puntúan en sentido inverso).
- Puntos de corte:
  - < 21: dependencia leve.
  - 21-37: dependencia moderada.
  - > 37: dependencia grave.

Referencias complementarias

Rubio G, Urosa B, Rubio MC, Ulibarri S, Mata F. Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia del alcohol en población española. An Psiquiatría 1996; 12: 285-289.

3.9. Cuestionario sobre los Componentes Obsesivo-Compulsivos de la Bebida (Obsessive Compulsive Drinking Scale, OCDS)

Autores	R. F. Anton, D. H. Moak, P. K. Lathman.
Referencia	*The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A self rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior.* Alcohol Clin Exp Res 1995; 19: 92-99.
Evalúa	Preocupación por la bebida y consumo.
N.º de ítems	14.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El OCDS es un cuestionario diseñado para valorar la preocupación por la bebida (componente obsesivo) y el consumo (componente compulsivo).
- Consta de 14 ítems que se agrupan en 2 subescalas:
  - Componente obsesivo (ítems 1 a 6).
  - Componente compulsivo (ítems 7 a 14).
- Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas tipo Likert, que se puntúan de 0-4.
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- La puntuación de cada subescala se calcula sumando 5 valores. Unos se obtienen de preguntas aisladas y otros de la puntuación más alta obtenida en pares de preguntas:
  - Subescala del componente obsesivo: se suman los valores de las preguntas 3, 4, 5 y 6 y la puntuación más alta alcanzada en el par de preguntas 1 y 2.
  - Subescala del componente compulsivo: se suman las puntuaciones de las preguntas 11 y 12 y las máximas puntuaciones alcanzadas en los siguientes pares de preguntas, 7 y 8, 9 y 10, y 13 y 14.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada subescala.
- No existen puntos de corte propuestos. Cuanto mayor es la gravedad de la dependencia alcohólica, mayores son las puntuaciones del componente obsesivo, compulsivo y del total de la escala.
- Puntuaciones medias (DE) obtenidas en la validación española:
  - Componente obsesivo: 9,5 (4,8).
  - Componente compulsivo: 15,2 (3,5).
  - Puntuación total: 22,5 (7,5).

Referencias complementarias

Anton RF, Moak DH, Lathman PK. The Obsessive Compulsive Drinking Scale. A new method of assessing outcome in alcoholism treatment. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 225-235.

Bohn MJ, Barton BA, Barron KE. Psychometric properties and validity of the Obsessive Compulsive Drinking Scale. Alcohol Clin Exp Res 1996; 20: 817-823.

Rubio G, López M. Validación del cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivo de bebida en alcohólicos españoles. Adicciones 1999; 11: 7-15.

3.10. Test de Fagerström de Dependencia de Nicotina (Fagerström Test for Nicotine Dependence)

Autor	K. O. Fagerström.
Referencia	*Measuring degrees of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment.* Addict Behav 1978; 3: 235-241.
Evalúa	Dependencia de nicotina.
N.º de ítems	Versión original: 8. Versión revisada: 6 (Heatherton y cols., 1991).
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El Test de Fagerström es un instrumento diseñado para evaluar la dependencia de nicotina.
- La versión original consta de 8 ítems. Las puntuaciones de los tres primeros oscilan de 0 a 2, y de 0 a 1 en los cinco restantes. Por lo tanto, las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 11 puntos.
- La versión modificada consta de 6 ítems. En dos de ellos las puntuaciones de 0 a 3 y en los cuatro restantes de 0 a 1. Por lo tanto, las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 10 puntos.
- Actualmente, se recomienda la utilización de la versión modificada de 6 ítems, si bien cabe señalar que dicha versión no ha sido validada en España.
- En ambos casos se trata de un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Ambas versiones proporcionan una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los 8/6 ítems.
- Los autores sugieren los siguientes puntos de corte:

Versión original (8 ítems)	*Puntuación*	*Versión modificada (6 ítems)*	*Puntuación*
Dependencia muy baja	0-2	Dependencia baja	0-3
Dependencia baja	3-4	Dependencia moderada	4-7
Dependencia media	5-6	Dependencia alta	8-10
Dependencia alta	7-8		
Dependencia muy alta	9-11		

Referencias complementarias

Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12: 159-182.

Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throal J 1990; 69: 763-765.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-1127.

Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, Pope MA, Heatherton T. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTD, and HIS. Drug Alcohol Depend 1994; 34: 211-216.

Solano S, Jiménez-Ruiz CA. Historia clínica del tabaquismo. Prevención del Tabaquismo 2000; 2: 35-44.

3.11. Escala de Abstinencia de Opiáceos (Opiate Withdrawal Scale, OWS)

Autores	B. P. Bradley, M. Gossop, G. T. Phillips, J. T. Legarda.
Referencia	*The development of an Opiate Withdrawal Scale (OWS)*. Br J Addict 1987; 82: 1139-1142.
Evalúa	Gravedad del síndrome de abstinencia de opiáceos.
N.º de ítems	32.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La OWS es un instrumento diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología de la abstinencia de opiáceos.
- Se trata de una entrevista semiestructurada de 32 ítems, en los que se evalúan diferentes signos y síntomas relacionados con la abstinencia de opiáceos.
- Cada signo/síntoma se evalúa mediante una escala de intensidad de 4 puntos (ausente, 0; leve, 1; moderado, 2; grave, 3).
- Es un instrumento heteroaplicado.
- No existe validación española del instrumento.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 32 signos y síntomas explorados.
- En cada signo/síntoma evaluado las puntuaciones oscilan entre 0 (ausente) y 3 (grave). Por lo tanto, el rango de puntuaciones oscila entre 0 y 96.
- No existen puntos de corte establecidos: a mayor puntuación, mayor gravedad del síndrome de abstinencia.

3.12. Escala breve de Abstinencia de Opiáceos (Short Opiate Withdrawal Scale, SOWS)

Autor	M. Gossop.
Referencia	*The development of a Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS)*. Addict Behav 1990; 15: 487-490.
Evalúa	Gravedad del síndrome de abstinencia de opiáceos.
N.º de ítems	10.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La SOWS es un instrumento diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología de la abstinencia de opiáceos.
- Es una escala derivada de la OWS que elimina los ítems redundantes y difíciles de entender, así como aquellos que presentan una baja correlación con la puntuación total de la escala.
- Se trata de una entrevista semiestructurada de 10 ítems, en los que se evalúan diferentes signos y síntomas relacionados con la abstinencia de opiáceos.
- Cada signo/síntoma se evalúa mediante una escala de intensidad de 4 puntos (ausente, 0; leve, 1; moderado, 2; grave, 3).
- Es un instrumento heteroaplicado.
- No existe validación española del instrumento.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 signos y síntomas explorados.
- En cada signo/síntoma evaluado las puntuaciones oscilan entre 0 (ausente) y 3 (grave). Por lo tanto, el rango de puntuaciones oscila entre 0 y 30.
- No existen puntos de corte establecidos: a mayor puntuación, mayor gravedad del síndrome de abstinencia.

3.13. Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína (Cocaine Selective Severity Assessment, CSSA)

Autores	K. M. Kampman, J. R. Volpicelli, D. E. McGinnis, A. I. Alterman, R. Weinrieb, L. D'Angelo y cols.
Referencia	*Reliability and validity of the Cocaine Selective Severity Assessment.* Addict Behav 1998; 23: 449-461.
Evalúa	Sintomatología inicial de abstinencia de cocaína.
N.º de ítems	18
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La CSSA es un instrumento diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología inicial de abstinencia de cocaína.
- Se trata de una entrevista semiestructurada de 18 ítems, en los que se evalúan los signos y síntomas que se han asociado con más frecuencia a la abstinencia inicial de cocaína.
- Cada signo/síntoma se evalúa mediante una escala de intensidad/frecuencia de 8 puntos (ausente, 0; máxima intensidad/frecuencia, 7).
- Es un instrumento heteroaplicado.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 18 ítems.
- En cada ítem las puntuaciones oscilan entre 0 y 7 puntos. Por lo tanto, el rango de puntuaciones oscila entre 0 y 126.
- No existen puntos de corte establecidos: a mayor puntuación mayor gravedad del síndrome de abstinencia.

Referencias complementarias

Tejero A, Trujols J, Gil L. Evaluación del síndrome de abstinencia de cocaína. En: Tejero A, Trujols J, eds. Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína. Barcelona: Psiquiatría Editores, 2003; 13-22.

3.14. Cuestionario de *Craving* de Cocaína (Cocaine Craving Questionnaire, CCQ)

Autores	S. T. Tiffany, E. Singleton, C. A. Haertzen, I. E. Henningfield.
Referencia	*The development of a cocaine craving questionnaire.* Drug Alcohol Depend 1993; 34: 19-28.
Evalúa	*Craving* de cocaína en un momento temporal concreto (CCQ-Now) o durante los últimos 7 días (CCQ-General).
N.º de ítems	45.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El CCQ es un instrumento diseñado para evaluar la intensidad del *craving* de cocaína en un momento temporal concreto (CCQ-Now) o durante los últimos 7 días (CCQ-General).
- Se trata de un autoinforme que consta de 45 ítems, que permite la evaluación del *craving* de cocaína desde un punto de vista multimodal (deseo de consumir cocaína, intención y planificación del consumo de cocaína, anticipación de los efectos positivos del consumo, anticipación de una mejora en la abstinencia o disforia y pérdida de control sobre el consumo) y temporal (momento presente y/o últimos 7 días).
- Cada ítem se evalúa mediante una escala Likert de 7 puntos, en función del grado de acuerdo o desacuerdo con las frases presentadas. Existen 25 ítems directos y 20 ítems inversos.
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los 45 ítems.
- En todos los ítems las puntuaciones oscilan entre 1 y 7 puntos:
  - Ítems directos (1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 21, 22, 24-26, 29, 31-34, 37, 39, 40, 42): 1, muy en desacuerdo; 7, muy de acuerdo.
  - Ítems inversos (2, 5, 8, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 27, 28, 30, 35, 36, 38, 41, 43-45): 1, muy de acuerdo; 7, muy en desacuerdo.
- No existen puntos de corte establecidos: a mayor puntuación mayor intensidad del *craving* de cocaína.

Referencias complementarias

Tejero A, Trujols J, Siñol N. Evaluación del *craving* de cocaína. En: Tejero A, Trujols J (eds.). Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína. Barcelona: Psiquiatría Editores, 2003; 23-50.

Capítulo 4

Instrumentos de evaluación para los trastornos esquizofrénicos

4.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

Autores	S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler.
Referencia	*The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia.* Schizophr Bull 1987; 13: 261-276.
Evalúa	El síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia, y la psicopatología general desde un punto de vista dimensional (gravedad del cuadro) y categorial (esquizofrenia positiva, negativa o mixta).
N.º de ítems	30.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La PANSS consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva:
  - Dimensional: evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico.
  - Categorial: clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto.
- Los 30 ítems conforman las siguientes 4 escalas:
  - Escala positiva (PANSS-P): 7 ítems, evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal.
  - Escala negativa (PANSS-N): 7 ítems, evalúa los déficit respecto a un estado mental normal.
  - Escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo).
  - Psicopatología general (PANSS-PG): 16 ítems, evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión, ansiedad, orientación, etc.).
- Ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada.
- El tiempo aproximado de administración es de 30-40 minutos.
- Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 grados de intensidad o gravedad. En esta escala el 1 siempre equivale a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema.
- Para cada ítem el manual de aplicación de la escala proporciona definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación.
- El análisis factorial de esta escala ha puesto de manifiesto la existencia de 4 factores subyacentes que explicarían el 52,3 % de la variancia total (Kay y Sevy, 1990). Los 4 factores son:
  - Negativo.
  - Positivo.
  - Excitación.
  - Depresión.
- Trabajos posteriores con esta escala han llevado a proponer una serie de factores subyacentes además de los clásicos positivo, negativo y psicopatología general. Así, se han descrito las siguientes subescalas o dimensiones:
  - Subescala de excitación: utilizada como medida de agitación en distintos ensayos clínicos. Está constituida por los 4 ítems siguientes:
    - Excitación (ítem P4).
    - Control deficiente de impulsos (PG14).
    - Tensión motora (PG4).
    - Hostilidad (P7).
  - Subescala de manía (Lindenmayer et al, 2002): constituida por los siguientes 4 ítems:
    - Excitación (ítem P4).
    - Control deficiente de impulsos (PG14).
    - Falta de colaboración (PG8).
    - Hostilidad (ítem P7).

- Subescala depresiva, formada por los ítems:
  - Preocupación somática (ítem PG1).
  - Ansiedad (PG2).
  - Sentimientos de culpa (PG3).
  - Depresión (PG6).

Corrección e interpretación

- Proporciona cuatro puntuaciones dimensionales:
  - Síndrome positivo.
  - Síndrome negativo.
  - Escala compuesta.
  - Psicopatología general.
- La puntuación en las escalas positiva, negativa, y psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general.
- La puntuación en la escala compuesta se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala puede tener valencia positiva o negativa, oscilando sus valores entre –42 y + 42.
- No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles. En la siguiente tabla se representan las puntuaciones directas que corresponden a los percentiles 5, 25, 50, 75 y 95.

Percentil	*Puntuación en la PANSS-P*	*Puntuación en la PANSS-N*	*Puntuación en la PANSS-C*	*Puntuación en la PANSS-PG*
5	12	9	–24	28
25	21	19	–10	38
50	26	25	1	45
75	31	35	10	52
95	38	43	19	61

- Además de la puntuación dimensional comentada en los puntos anteriores, la PANSS proporciona también una información categorial, indicando si el trastorno esquizofrénico es positivo, negativo o mixto. Para ello, existen dos sistemas más o menos restrictivos.
  - El más restrictivo: para establecer el tipo de trastorno esquizofrénico utiliza las puntuaciones obtenidas en los ítems de la escala positiva y negativa. Considera que el trastorno esquizofrénico es:
    - Positivo: cuando en la escala positiva más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala negativa menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3.
    - Negativo: cuando en la escala negativa más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala positiva menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3.
    - Mixto: cuando en ambas escalas hay más de 2 ítems que obtienen puntuaciones superiores a 3.
  - El menos restrictivo o inclusivo: para establecer el tipo utiliza la puntuación obtenida en la escala compuesta, y más en concreto su valencia, de forma que considera que el trastorno esquizofrénico es:
    - Positivo cuando la valencia en la escala compuesta es + .
    - Negativo cuando la valencia en la escala compuesta es –.

Referencias complementarias

Kay R, Sevy S. Pyramidical model of schizophrenia. Schizophr Bull 1990; 16: 537-545.
Lindenmayer JP, Brown E, Baker RW, Shao L, Schuh LM, Stauffer VL y cols. Validation of a Mania-Like Symptom Subscale for the Positive and Negative Syndrome Scale [Póster]. Reunión del European College of Neuropsychopharmacology, Barcelona, octubre, 2002.
Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. Psychiatry Res 1994; 53: 31-40.

4.2. Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

Autores	J. E. Overall, D. R. Gorham.
Referencia	*The Brief Psychiatric Rating Scale.* Psychological Reports 1962; 10: 799-812.
Evalúa	Los cambios sintomatológicos experimentados en los pacientes psiquiátricos.
N.º de ítems	18.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La BPRS fue desarrollada para realizar evaluaciones rápidas y altamente eficientes de los cambios producidos en los síntomas de los pacientes mentales. En la actualidad se utiliza preferentemente como una medida de gravedad e incluso de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico.
- La versión más utilizada en la actualidad consta de 18 ítems (la versión original tenía 16), aunque existe una versión ampliada con 24 ítems.
- Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 grados de intensidad o gravedad. En esta escala el 1 siempre equivale a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema. En la versión de 18 ítems se utiliza una escala Likert de 5 valores que oscila entre 0 (ausencia del síntoma) y 4 (muy grave).
- Para cada ítem existe una definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación (están descritos detalladamente en la primera referencia de las indicadas en el epígrafe de referencias complementarias).
- El marco de referencia temporal no está claramente delimitado y normalmente se utiliza los días previos a la entrevista.
- Ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada.

Corrección e interpretación

- La versión de 18 ítems proporciona una puntuación global y puntuaciones en dos apartados: síntomas negativos y síntomas positivos.
  - La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 18 ítems, por lo que puede oscilar entre 0 y 72.
  - La puntuación en el *cluster* de síntomas negativos se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 3 (retraimiento emocional), 13 (enlentecimiento motor), 16 (aplanamiento afectivo) y 18 (desorientación). Esta puntuación oscila entre 0 y 16.
  - La puntuación en el *cluster* de síntomas positivos se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 4 (desorganización conceptual), 11 (suspicacia), 12 (alucinaciones) y 15 (contenidos del pensamiento inusuales). Su puntuación también oscila entre 0 y 16.
- Para la versión de 18 ítems puntuados con una escala Likert de 5 valores, de 0 a 4, se recomiendan los siguientes puntos de corte:
  - 0-9: ausencia del trastorno.
  - 10-20: trastorno leve o «caso probable».
  - $\geq$ 21: trastorno grave o «caso cierto».

Referencias complementarias

Bech P. Rating scales for psychopathology, health status, and quality of life. Berlin: Springer-Verlag, 1993.
Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH, Liberman RP, Green MF, Shaner A. Appendix 1. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Expanded Version (4.0). Scales, anchor points, and administration manual. Training and Quality Assurance with the BPRS: 227-244.

4.3. Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos (Structured Interview for Prodromal States, SIPS)

Autores	T. H. McGlashan, T. J. Miller, S. W. Woods.
Referencia	*A scale for the assessment of prodromal symptoms and states.* En: Miller TJ, Mednick SA, McGlashan TH, Libiger J, Johannessen JO, eds. Early intervention in psychotic disorders. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001; 135-139.
Evalúa	La presencia de uno o más de los 3 síndromes prodrómicos, y detecta los pacientes con riesgo inminente de desarrollar psicosis.
N.º de ítems	33.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La SIPS es una entrevista de ayuda diagnóstica semiestructurada diseñada para diferenciar clínicamente entre los síndromes prodrómicos y la psicosis u otros fenómenos clínicos, y detectar los pacientes con riesgo inminente de desarrollar psicosis.
- La SIPS permite identificar la presencia de uno o más de los 3 síndromes prodrómicos descritos por los autores (Woods y cols., 2001):
  - A. Síndrome psicótico breve intermitente: presencia clara de síntomas psicóticos breve y recientemente.
  - B. Síndrome con síntomas positivos atenuados: síntomas psicóticos atenuados recientes.
  - C. Síndrome de riesgo genético (presencia de trastorno esquizotípico de la personalidad y/o familiar de primer grado con un trastorno psicótico) y disfunción global (30 % de reducción en la puntuación en la EEAG en el último mes respecto de la puntuación hace 1 año).
- Incluye 4 componentes, además de un apartado previo de resumen e historia demográfica y un listado final resumen con los criterios de los tres síndromes prodrómicos y presencia de estado psicótico:
  - La SOPS (v. punto 4.3.1).
  - Una versión de la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG, ver capítulo 12), con criterios operativos de puntuación bien definidos.
  - Un listado de los criterios DSM-IV para el trastorno esquizotípico de la personalidad.
  - Historia familiar de trastornos mentales y del comportamiento.
- Instrumento heteroaplicado por personal con experiencia clínica y previamente entrenado en el manejo de esta entrevista.

Corrección e interpretación

- Las puntuaciones y las respuestas dicotómicas sí/no otorgadas a cada uno de los ítems evaluados se transcriben en la hoja de «Resumen de los datos SIPS».
- A partir de la información de esta hoja de resumen de datos se van contestando las preguntas dicotómicas sí/no del «Sumario de la SIPS», las cuales nos permitirían confirmar la exclusión de síndrome psicótico y el diagnóstico de uno o más de los tres síndromes prodrómicos.

Referencias complementarias

Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Somjee L, Markovic PJ, Stein K, Woods SW. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes. Preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. Am J Psychiatry 2002; 159: 863-865.
Miller TH, McGlashan TH, Woods SW, Stein K, Driesen N, Corcoran CM, Hoffman R, Davidson L. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. Psychiatric Quarterly 1999; 70: 273-287.
Woods SW, Miller TH, McGlashan TM. The «prodromal» patient: both symptomatic and at risk. CNS Spectrums 2001; 6: 223-232.

4.3.1. Escala de Síntomas Prodrómicos (Scale of Prodromal Symptoms, SOPS)

Autores	T. H. McGlashan, T. J. Miller, S. W. Woods.
Referencia	*A scale for the assessment of prodromal symptoms and states.* En: Miller TJ, Mednick SA, McGlashan TH, Libiger J, Johannessen JO, eds. Early intervention in psychotic disorders. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001; 135-139.
Evalúa	Gravedad y cambio de síntomas y signos prodrómicos de esquizofrenia.
Nº de ítems:	19.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La SOPS es un instrumento desarrollado para evaluar la presencia e intensidad de signos y síntomas prodrómicos de esquizofrenia.
- Consta de 19 ítems que evalúan los siguientes cuatro grupos de síntomas:
  - Positivos (5 ítems).
  - Negativos (6 ítems).
  - De desorganización (4 ítems).
  - Generales (4 ítems).
- La puntuación de los 19 ítems se realiza mediante una escala tipo Likert de 7 grados de libertad en el rango no psicótico, que oscilan de 0 (ausente) a 5 (grave pero no psicótico) y 6 (extremo/grave y psicótico).
  - Cada uno de los grados de intensidad de presencia está ilustrado con un glosario orientativo de ejemplos.
- Se recomienda aplicar en períodos inferiores a 6 meses desde la última visita. Cuando las revisiones se realizan en un período superior a los 6 meses, se debe aplicar la SIPS.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación de gravedad psicopatológica global, suma de las puntuaciones en los 19 ítems, y puntuaciones parciales en cada uno de las 4 dimensiones psicopatológicas.
- No existen puntos de corte propuestos, a mayor puntuación mayor gravedad psicopatológica.

Referencias complementarias

Miller TH, McGlashan TH, Woods SW, Stein K, Driesen N, Corcoran CM, Hoffman R, Davidson L. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. Psychiatric Quarterly 1999; 70: 273-287.
Woods SW, Miller TH, McGlashan TM. The «prodromal» patient: both symptomatic and at risk. CNS Spectrums 2001; 6: 223-232.

4.4. Escala de Evaluación de Alucinaciones Auditivas (Psychotic Symptom Rating Scales, PSYRATS)

Autores	G. Haddock, J. McCarron, N. Tarrier, E. B. Faragher.
Referencia	*Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic sympton rating scales (PSYRATS).* Psychol Med 1999; 29: 879-888.
Evalúa	Distintas dimensiones de las alucinaciones auditivas y de los delirios.
N.º de ítems	11 (subescala de alucinaciones auditivas) y 6 (subescala de delirios).
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- Haddock y cols. desarrollaron la PSYRATS (escalas para la evaluación de síntomas psicóticos) para medir la gravedad de un número de dimensiones distintas de las alucinaciones verbales y de los delirios.
- La PSYRATS está constituida por dos subescalas:
  - Una que evalúa las alucinaciones auditivas (AA), constituida por 11 ítems.
  - Otra subescala que evalúa los delirios (D), compuesta por 6 ítems.
- Los 11 ítems de la subescala de las alucinaciones evalúan los siguientes aspectos de éstas: frecuencia, duración, gravedad e intensidad del estrés, controlabilidad, volumen, localización, contenido negativo y grado del mismo, creencias sobre el origen de la voces y perturbación.
  - Estos ítems se agrupan en tres factores: emocional (ítems de estrés y contenidos negativos de las alucinaciones), características físicas de las alucinaciones (ítems descriptivos de las voces, como duración, volumen, localización) y cognitivo (ítems sobre las creencias en cuanto al origen y el control de las voces).
- Se trata de una escala heteroaplicada; mediante entrevista con el paciente el clínico ha de puntuar los 11 ítems utilizando una escala Likert de 5 grados, donde el 0 representa la ausencia del aspecto evaluado y 4 su presencia en grado extremo.
  - Existen criterios operativos de puntuación bien definidos.
- La subescala de las alucinaciones auditivas se encuentra validada en español (González y cols., 2003).

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación global, suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems, que puede oscilar entre 0 y 44 puntos.
- No existen puntos de corte descritos, a mayor puntuación, mayor gravedad de las alucinaciones.

Referencias complementarias

González JC, Sanjuán J, Cañete C, Echánove MJ, Leal C. La evaluación de las alucinaciones auditivas: la Escala PSYRATS. Actas Esp Psiquiatr 2003; 31: 10-17.

4.5.1. Criterios de Síndrome Deficitario de la Esquizofrenia

Autores	W. R. Carpenter, D. W. Heinrichs, A. M. I. Wagman.
Referencia	*Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: The concept.* Am J Psychiatry 1988; 145: 578-583.
Evalúa	Síndrome deficitario de la esquizofrenia.
N.º de ítems	15.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

Se describen los cuatro grupos de requisitos de la American Psychiatric Association para poder establecer el diagnóstico de formas deficitarias de la esquizofrenia. En los tres primeros criterios se recogen un conjunto de signos y síntomas característicos de las formas de esquizofrenia que cursan con déficit así como las exigencias de presencia temporal.

Referencias complementarias

American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.

Arango C, Kirkpatrick B, Buchanan RW, Carpenter WT. El síndrome deficitario: un dominio dentro de la esquizofrenia. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr 1998; 26: 180-186.

4.5.2. Escala para el Síndrome Deficitario (Schedule for the Deficit Syndrome, SDS)

Autores	B. Kirkpatrick, R. W. Buchanan, P. D. McKenney, L. D. Alphs, W. R. Carpenter.
Referencia	*The Schedule for the deficit syndrome: An instrument for research in schizophrenia.* Psychiatry Res 1989; 30: 119-123.
Evalúa	El síndrome deficitario de la esquizofrenia de Carpenter.
N.º de ítems	6. El autor propone utilizar los cuatro criterios del síndrome deficitario de Carpenter más dos criterios que evalúan la gravedad global y el déficit global.
Administración	Heteroevaluada.

Descripción

- La SDS consta de 6 dominios nucleares del síndrome deficitario.
- Las puntuaciones se realizan mediante una escala de 5 puntos que oscila de 0 (ausente) a 4 (muy grave).
- La información puede obtenerse de todos los recursos disponibles y mediante la observación clínica directa del paciente.
- Es importante obtener información longitudinal y no sólo del momento de la evaluación.
- Cuando la información obtenida de estas fuentes está en conflicto, sobre el rango emocional, intereses y motivación social, se debe usar la información de otras personas informantes con preferencia sobre la dada por el paciente.

Corrección e interpretación

- Los criterios para déficit requieren una puntuación superior a 2 en más de dos de los seis síntomas negativos enunciados en el criterio 1 de Carpenter.

Referencias complementarias

Arango C, Kirkpatrick B, Buchanan RW, Carpenter WT. El síndrome deficitario: un dominio dentro de la esquizofrenia. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1998; 26: 180-186.

4.6. Escala de Agresividad Manifiesta (Overt Agression Scale, OAS)

Autores	S. C. Yudofsky, J. M. Silver, W. Jackson, J. Endicott, D. Williams.
Referencia	*The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression.* Am J Psychiatry 1986; 143: 35-39.
Evalúa	Objetivamente la agresividad.
N.º de ítems	4.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La OAS fue diseñada para medir objetivamente la agresividad de los pacientes. La escala evalúa 4 modalidades de agresividad: verbal, física contra uno mismo, física contra objetos y física contra otras personas.
- Cada uno de los ítems es valorado desde una doble perspectiva: gravedad y frecuencia. La puntuación de gravedad se realiza mediante una escala tipo Likert de 5 valores de intensidad, desde 1 (no presenta ese tipo de agresividad) hasta 5 (la gravedad es extrema). La valoración de la frecuencia se realiza de forma abierta, indicando el número de veces que ha presentado en el mes previo las conductas correspondientes al nivel de gravedad.
- El marco de referencia temporal queda a elección del evaluador, dependiendo de la frecuencia de actos violentos.
- Es un instrumento heteroaplicado.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación global que se obtiene de la suma de las puntuaciones de los diferentes ítems.
- No hay punto de corte establecido; a mayor puntuación, mayor gravedad.

Referencias complementarias

Arango C, Calcedo A Jr, González-Salvador T, Calcedo A. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. Schizophr Bull 1999; 25: 493-503.

Silver JM, Yudofsky SC. The Overt Aggression Scale: overview and guiding principles. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1991; 3: S22-29.

4.7. Escala de Evaluación del Insight (Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD)

Autores	X. F. Amador, D. H. Strauss, S. A. Yale, M. M. Flaum, J. Endicott, J. M. Gorman.
Referencia	*Assessment of insight in psychosis.* Am J Psychiatry 1993; 150: 873-879.
Evalúa	La conciencia de enfermedad en pacientes psicóticos.
N.º de ítems	9.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La SUMD fue diseñada para evaluar la conciencia de enfermedad en los pacientes psicóticos multidimensionalmente.
- La versión reducida, la más utilizada actualmente, consta de 9 ítems que se agrupan en dos partes:
  - La primera parte, o evaluación global de la conciencia de enfermedad, está formada por los 3 primeros ítems y se centra en la conciencia de padecer una enfermedad mental, de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales de la enfermedad mental.
  - La segunda parte o conciencia de los síntomas, está formada por 6 ítems que evalúan el nivel de conciencia y la atribución de 6 síntomas: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonía y asociabilidad. Lógicamente, es necesario que previamente el evaluador haya valorado la presencia o ausencia de dichos síntomas (los autores recomiendan utilizar para ello la PANSS; sólo se evalúa la conciencia de un síntoma si en esta escala puntúa 3 o más).
- Las puntuaciones del nivel de conciencia se realizan mediante una escala Likert de 6 valores de intensidad que oscilan entre 0 (ítem no relevante), 1 (conciencia) y 5 (no hay conciencia). Para las puntuaciones de la atribución de los 6 síntomas se utiliza la misma escala Likert. Para evaluar la atribución de un síntoma es necesario tener conciencia del mismo; por ello, sólo se evalúa la atribución en los síntomas puntuados con 3 o menos en el apartado de conciencia.
- La versión no reducida evalúa 14 síntomas, incluyendo además de los de la versión reducida, los siguientes: afecto inapropiado, apariencia inusual, comportamiento estereotipado, juicio social pobre, control de impulsos agresivos, control de impulsos sexuales, alogia, abolición y trastornos de la atención.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación de conciencia de enfermedad global y una puntuación de conciencia de los síntomas y de atribución de los síntomas.
- La puntuación de conciencia global se obtiene sumando las puntuaciones en los 3 primeros síntomas. Los autores no proporcionan puntos de corte. A mayor puntuación, mayor gravedad.
- Las puntuaciones de conciencia y de atribución de los síntomas se obtienen aplicando la siguiente fórmula: suma de los puntos obtenidos en la dimensión correspondiente (conciencia o atribución) de los ítems 4 al 9 dividido por el número de ítems relevantes para esa dimensión (conciencia o atribución). Ítems relevantes son aquellos que obtienen puntuaciones superiores a 0. Los autores no proporcionan puntos de corte. En ambas dimensiones, a mayor puntuación, mayor gravedad.

Referencias complementarias

Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC y cols. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 826-836.

Arango C, Adami H, Sherr JD, Thacker G, Carpenter WT Jr. Awareness of dyskinesia in schizophrenia: relationship to insight into mental illness. Am J Psychiatry 1999; 156: 1097-1099.

4.8. Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis

Autores	J. Sanjuán, L. Prieto, J. M. Olivares, S. Ros, A. Montejo, F. Ferrer, F. Mayoral, M. A. González-Torres, M. Bousoño.
Referencia	Escala GEOPTE de cognición social. Actas Españolas de Psiquiatría 2003; 31(3): 120-128.
Evalúa	Cognición social en la psicosis.
N.º de ítems	15.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La Escala GEOPTE es un instrumento psicométrico consta de 15 ítems, siete para funciones cognitivas básicas y ocho para cognición social.
- Recoge información de dos fuentes: la percepción subjetiva del propio paciente acerca de sus déficit y la del informante o cuidador.
- Está diseñada para medir cambios clínicos.
- Esta escala aspira, por su sencillez de uso y diseño, a ser útil en la práctica clínica para medir la cognición social en la psicosis.

Corrección e interpretación

- Los 15 ítems de la escala deben ser respondidos de forma autoaplicada por el paciente y por su correspondiente informante (familiar o cuidador) de forma independiente. Estos 15 ítems recogen dos grupos de información:
  - Ítems 1 a 7: preguntas sobre funciones cognitivas básicas.
  - Ítems 8 a 15: preguntas en torno a aspectos de la cognición social.
- Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta: 1, no; 2, un poco; 3, regular; 4, bastante y 5, mucho/a.
- La puntuación sumario se obtiene sumando cada una de las puntuaciones recogidas en los cuadernos de recogida de datos, que es el resultado de la suma de los ítems correspondientes a cada uno de ellos (paciente e informante).

4.9. Inventario de Actitudes hacia la Medicación (Drug Attitude Inventory, DAI)

Autores	T. P. Hogan, A. G. Awad, M. R. Eastwood.
Referencia	*A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity.* Psychol Med 1983; 13: 177-183.
Evalúa	La respuesta subjetiva a la medicación antipsicótica.
N.º de ítems	10.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La DAI fue desarrollada para evaluar la respuesta subjetiva a los neurolépticos.
- Existen dos versiones:
  - Larga: formada por 30 ítems que se agrupan en 7 categorías: respuesta subjetiva positiva, negativa, salud y enfermedad, médico, control, prevención y daño.
  - Breve: formada por 10 ítems que se refieren al efecto percibido de la medicación.
- Los ítems son de respuesta dicotómica verdadero-falso.
- El marco de referencia temporal no está definido.
- Es una escala autoaplicada.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems.
- En los ítems números 1, 3, 4, 7, 9 y 10 las respuestas verdaderas valen 2 puntos y las falsas, 1 punto. En el resto de los ítems (2, 5, 6 y 8) las respuestas verdaderas valen 1 punto y las falsas, 2. Por tanto, la puntuación total puede oscilar entre 10 y 20.
- No existen puntos de corte definidos. A mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más positivo.

Referencias complementarias

Awad AG, Hogan TP. Subjective response to reuroleptics and the quality of life: implications for treatment outcome. Acta Psychiatr Scand 1994; 89 (Suppl 380): 27-32.

Cabeza IG, Amador RS, López CA, González de Chávez M. Subjective response to antipsychotics in schizophrenia patients: clinical implications and related factors. Schizophr Res 2000; 41: 349-355.

4.10.1. Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (Agitated Behavior Scale, ABS)

Autor	J. D. Corrigan.
Referencia	*Development of a scale for assessment of agitation following traumatic brain injury.* J Clin Exp Neuropsychol 1989; 11: 261-277.
Evalúa	La agitación de forma objetiva.
N.º de ítems	14.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La ABS fue diseñada con la intención de obtener un instrumento que permitiese medir de forma objetiva el grado de agitación de los pacientes.
- La escala incluye 14 ítems que se agrupan en tres factores:
  - Desinhibición (ítems 1-2, 6-10).
  - Agresividad (ítems 3-5, 14).
  - Labilidad (ítems 11-13).
- El entrevistador debe puntuar de acuerdo con una escala tipo Likert de 4 grados de intensidad, desde 1 (ausencia) hasta 4 (presente en grado extremo).
- El marco de referencia temporal es el momento de la evaluación.
- Es un instrumento heteroaplicado.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total, suma de las puntuaciones en los 14 ítems, y puntuaciones en cada uno de los tres factores.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad de la agitación.

Referencias complementarias

Corrigan JD, Bogner JA. Factor structure of the Agitated Behavior Scale. J Clin Exper Neuropsychol 1994; 16: 386-392.

Shah A, Evans H, Parkash N. Evaluation of three aggression/agitation behaviour rating scales for use on an acute admission and assessment psychogeriatric ward. Int J Geriatr Psychiatry 1998; 13: 415-420.

4.11. Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter (Strauss-Carpenter Scale)

Autores	S. J. Strauss, W. T. Carpenter.
Referencia	*The prediction of outcome in schizophrenia: part I. Characteristics of outcome.* Arch Gen Psychiatry 1972; 27: 739-746.
Evalúa	Pronóstico para pacientes con esquizofrenia.
N.º de ítems	17.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La Escala de Strauss-Carpenter ha sido ampliamente utilizada como un instrumento de evaluación para pacientes con esquizofrenia.
- Consta de 17 ítems, de los cuales el 1 y el 3 se subdividen en dos y el 11 en tres.
- Incluye distintas variables:
  - Grado de ocupación principal (trabajo o estudios).
  - Edad de inicio.
  - Clase social.
  - Historia familiar.
  - Grado de contactos sociales.
  - Factores precipitantes.
  - Grado de síntomas psicóticos.
  - Evolución de la enfermedad.
  - Número de días y condiciones de tratamiento hospitalario durante el último año.

Corrección e interpretación

- Los ítems son puntuados por escalas tipo Likert, de 0 a 4.
- La suma de las puntuaciones permite obtener una puntuación total del pronóstico. A mayor puntuación, mejor pronóstico.

Referencias complementarias

Moller HJ, Scharl W, Von Zerssen D. The Strauss-Carpenter Scale: Evaluation of its prognostic value for the 5-year outcome of schizophrenic patients. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 1984; 234: 112-117.

Strauss JS, Carpenter WT Jr. Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1974; 30: 429-434.

Strauss JS, Carpenter WT Jr. The prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationships between predictor and outcome variables: A report from the WHO international pilot study of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1974; 31: 37-42.

Strauss JS, Carpenter WT Jr. Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five-year outcome and its predictors. Arch Gen Psychiatry 1977; 3: 159-163.

4.12. Escala de Valoración de Necesidades y Satisfacción del Paciente (2-COM Checklist)

Autores	J. van Os, A. C. Altamura, J. Bobes, D. C. Owens, J. Gerlach, J. S. E. Hellewell, S. Kasper, D. Naber, N. Tarrier, P. Robert.
Referencia	*2-COM: an instrument to faciltate patient-professional communication in routine clinical practice.* Acta Psychiatr Scand 2002; 106: 446-452.
Evalúa	Las necesidades y satisfacción de las mismas desde el punto de vista del paciente.
N.º de ítems	23.
Administración	Autoaplicada con asistencia.

Descripción

- El 2-COM Checklist es un instrumento diseñado para facilitar la comunicación bidireccionalmente entre los pacientes y los profesionales. Ha demostrado disminuir la discrepancia paciente-clínico sobre las necesidades de los pacientes.
- Se trata de una herramienta de comunicación que permite:
  - A los pacientes hablar más abiertamente sobre sus experiencias personales en relación con su enfermedad, tratamiento y el impacto en su calidad de vida.
  - Identificar los problemas que preocupan más a cada paciente individual.
  - Diseñar estrategias terapéuticas para los problemas identificados.
  - Evaluar los resultados en el tiempo de las intervenciones elegidas.
- Está estructurado en dos secciones:
  - La primera es un listado de 19 problemas comunes y una última pregunta abierta donde el paciente puede expresar otros problemas que tenga y que no figuren en el listado. Los problemas listados hacen referencia a sentimientos, medicación y estrategias de afrontamiento. Para cada problema del listado el paciente debe marcar:
    - Si constituye un problema para él o no.
    - Si le gustaría hablar sobre ello.
  - La segunda sección, que puede requerir asistencia, consta de 3 ítems sobre cómo se encuentra el paciente, cómo le va con la medicación y cómo se las arregla con el día a día en el momento actual.
    - Para contestar dispone de una escala analógica visual cuyos extremos están definidos como «muy bien» y «nada bien». Debe poner una cruz en la altura de la línea que mejor refleje su estado actual (hoy).
- El instrumento debe ser cumplimentado antes de la entrevista con el facultativo. Así, los problemas identificados por el paciente serán abordados durante la entrevista con el clínico.

Corrección e interpretación

- La primera sección no proporciona información cuantitativa sino cualitativa en forma de un listado de los problemas que tiene el paciente e información sobre si quiere o no hablar de ellos.
- La segunda sección, cuantitativa, permite valorar el estado basal y los cambios que se van produciendo en el tiempo en relación con las intervenciones aplicadas.

Referencias complementarias

Van Os J, Altamura AC, Bobes J, Gerlach J, Hellewell JSE, Kasper S y cols. Evaluation of the 2-COM communication tool as a clinical intervention: Results of a multi-national randomized controlled trial. Br J Psychiatry. Aceptado, octubre 2003.

Capítulo 5

Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

Autor	M. Hamilton.
Referencia	*A rating scale for depression.* J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960; 23: 56-62.
Evalúa	La gravedad del cuadro depresivo.
N.º de ítems	Existen versiones de 6, 17, 21 y 24 ítems.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La HDRS consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.
- Ha de ser administrada por un clínico.
- El marco de referencia temporal es en el momento de la entrevista excepto para algunos ítems, como los de sueño en que se exploran los 2 días previos.
- Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación.
- A esta escala se le critica el hecho de que está contaminada de forma importante por síntomas de ansiedad (ítems 9-11) y por síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos físicos.
- Es la escala más utilizada en la actualidad, aunque numerosos autores proponen como alternativa la escala de Montgomery-Asberg.
- Recientemente se han evaluado las propiedades psicométricas de las versiones en castellano de 21, 17 y 6 ítems:
  - La versión de 6 ítems (Bech y cols., 1981) está constituida por los ítems 1 (humor deprimido), 2 (sentimientos de culpa), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales) de la versión de 17 ítems.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño (Bech, 1996). También se ha descrito un factor de vitalidad-enlentecimiento (Tollefson y cols., 1993).
- La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Los de Bech (1996) son los siguientes:
  - 0-7: no depresión.
  - 8-12: depresión menor.
  - 13-17: menos que depresión mayor.
  - 18-29: depresión mayor.
  - 30-52 más que depresión mayor
- Otros puntos de corte utilizados son:
  - 0-7: no depresión.
  - 8-14: distimia.
  - ≥ 15: depresión de moderada a grave.
- El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación ≥ 18. Se considera remisión cuando la puntuación en la HDRS es < 7.
- Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13), ansiedad (ítems 9-11), sueño (ítems 4-6) y vitalidad (ítems 1, 7, 8 y 14).
  - Para el índice de melancolía, Bech propone los siguientes puntos de corte: de 0 a 3, no hay depresión; de 4 a 8, depresión menor; > 8, depresión mayor. Para el factor de vitalidad-enlentecimiento Judge y cols. (2000) utilizan los siguientes puntos de corte: < 8, bajo enlentecimiento; ≥ 8, nivel elevado de enlentecimiento.

Referencias complementarias

Bech P, Allerup P, Gram LF, Resiby N, Rosenberg R, Jacobsen O y cols. The Hamilton Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1981; 63: 290-299.

Bech P. The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening, 2.ª ed. Berlin: Springer, 1996.

Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Re R, Ballesteros J, Ibarra N; Grupo de Validacion en Español de Escalas Psicométricas. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Med Clin (Barc) 2003; 120: 693-700.

Judge R, Plewes J, Kumar V, Koke SC, Kopp JB. Changes in energy during treatment of depression: an analysis of fluoxetine in double-blind, placebo-controlled trials. J Clin Psychopharmacol 2000; 20: 666-672.

Ramos-Brieva JA, Cordero Villafáfila A. Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1986; 14: 324-334.

Ramos-Brieva JA, Cordero Villafáfila A. Relación entre validad y seguridad de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1986; 14: 335-338.

Tollefson GD, Holman SL. Analysis of the Hamilton Depression Rating Scale factors from a double-blind placebo-controlled trial of fluoxetine in geriatric major depression. Int Clin Psychopharmacology 1993; 8: 253-259.

5.2. Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)

Autores	S. A. Montgomery, M. A. Asberg.
Referencia	*A new depression scale designed to be sensitive to change.* Br J Psychiatry 1979; 134: 382-389.
Evalúa	La gravedad del cuadro depresivo.
N.º de ítems	10.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La MADRS consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión.
- Administración por parte de un clínico.
- La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6. La escala proporciona criterios operativos para las puntuaciones pares (0, 2, 4 y 6). Para asignar la puntuación el clínico puede utilizar información de fuentes distintas al paciente.
- Presenta la ventaja frente a la HDRS de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes físicos.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación global que se obtiene sumando la puntuación asignada en cada uno de los 10 ítems. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 60 puntos.
- Los puntos de corte recomendados son los siguientes:
  - 0-6: no depresión.
  - 7-19: depresión menor.
  - 20-34: depresión moderada.
  - 35-60: depresión grave.
- Otros puntos de corte utilizados en distintos ensayos clínicos son:
  - 0-12: no depresión.
  - 13-26: depresión leve.
  - 27-36: depresión moderada.
  - $\geq$ 37: depresión grave.

Referencias complementarias

Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc) 2002; 118: 493-499.

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Autores	A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh.
Referencia	*An inventory for measuring depression.* Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571.
Evalúa	La gravedad del cuadro depresivo.
N.º de ítems	21 (versión abreviada, 13).
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.
  - Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.
  - Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.
- Autoaplicada, aunque inicialmente había sido diseñada para administrar mediante entrevista.
- Existen varias versiones de diferente extensión:
  - Una versión más extensa de 42 ítems, en la que el orden de los ítems ha sido modificado de tal forma que empieza por los ítems más neutros como dolores de cabeza y apetito.
  - Una versión más breve de 13 ítems.
- El BDI ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Useros.

Corrección e interpretación

- En la versión de 21 ítems el valor de cada uno de las respuestas a cada uno de los ítems es distinto y se refiere a continuación (el valor de cada una de las opciones de respuesta sigue el orden en que aparecen en el cuestionario).
  - Ítem 1: 2 (esta tristeza me produce...); 0 (no me encuentro triste); 1 (me siento algo triste y deprimido); 3 (ya no puedo soportar esta pena); 2 (tengo siempre como una pena encima...).
  - Ítem 2: 1-2-0-2-3.
  - Ítem 3: 3-1-2-0-2.
  - Ítem 4: 2-1-1-0-3.
  - Ítem 5: 1-2-2-3-0.
  - Ítem 6: 1-3-0-2-3.
  - Ítem 7: 1-1-2-2-0.
  - Ítem 8: 0-2-3-2-1.
  - Ítem 9: 1-2-2-3-2-0.
  - Ítem 10: 0-3-2-1.
  - Ítem 11: 0-1-2-3.
  - Ítem 12: 3-1-0-2.
  - Ítem 13: 1-0-3-2.
  - Ítem 14: 1-3-0-2.
  - Ítem 15: 0-1-3-2-1
  - Ítem 16: 0-1-2-2-2-3-3-3.
  - Ítem 17: 1-2-0-3.
  - Ítem 18: 3-1-2-0.
  - Ítem 19: 0-1-2-3.
  - Ítem 20: 2-1-0-3.
  - Ítem 21: 1-3-2-0.
- En la versión abreviada (13 ítems) los valores de las 4 opciones de respuesta son iguales en todos los ítems: la primera respuesta vale 0 puntos; la segunda vale 1 punto; la tercera vale 2, y la cuarta vale 3 puntos.

- Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems.
- La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:
  - Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos.
  - Depresión leve: puntuación media de 18,7.
  - Depresión moderada: puntuación media de 25,4.
  - Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.
- En la versión de 13 ítems los puntos de corte propuestos son:
  - 0-4: Depresión ausente o mínima.
  - 5-7: Depresión leve.
  - 8-15: Depresión moderada.
  - > 15: Depresión grave.

Referencias complementarias

Bech P. Rating scales for mood disorders: Applicability, consistency and construct validity. Acta Psychiatr Scand 1988; 78 (Suppl 345): 45-55.

Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am 1975; 12: 217-236.

Conde López V, Franch Valverde JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Trébol, 1984.

5.4. Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde

Autor	W. Zung.
Referencia	*A self-rating depression scale.* Arch Gen Psychiatry 1965; 12: 63-70.
Evalúa	La gravedad del cuadro depresivo.
N.º de ítems	20.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- Se trata de una escala breve, autoaplicada, en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados.
- Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores:
  - Factor depresivo.
  - Factor biológico.
  - Factor psicológico.
  - Factor psicosocial: descrito por Conde y cols. y formado por los ítems 14, 18 y 19.
- Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas.
- El marco de referencia temporal es el momento actual.
- Para evitar el sesgo del «acostumbramiento» en las respuestas, se alternan ítems realizados en sentido positivo con ítems en sentido negativo.
- Junto con el BDI es la escala autoaplicada más utilizada en la depresión.
- Esta escala está adaptada y validada al español (Conde, 1967).

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total de gravedad que es la suma de las puntuaciones en los 20 ítems.
  - Para los ítems en sentido negativo a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir, la respuesta «muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente» vale 1 punto y la respuesta «casi siempre, siempre, casi todo el tiempo» vale 4 puntos.
    - Los ítems en sentido negativo son los números 1, 3, 4, 7-10, 13, 15 y 19.
  - Los ítems en sentido positivo reciben menor puntuación a mayor presencia, de tal modo que la respuesta «muy poco tiempo,...» vale 4 puntos y la respuesta «casi siempre,...» vale 1 punto.
    - Los ítems en sentido positivo son los número 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16-18 y 20.

- La puntuación total oscila entre 20 y 80, a mayor puntuación mayor gravedad del cuadro depresivo.
  - Los puntos de corte propuestos (Bech, 1996) son:
    - 20-40: no depresión.
    - 41-47: menos que depresión mayor.
    - 48-55: depresión mayor.
    - 56-80: más que depresión mayor.
  - Los puntos de corte propuestos en la validación española (Conde y cols., 1970-1974) son:
    - 20-35: depresión ausente.
    - 36-51: depresión subclínica y variantes normales.
    - 52-67: depresión media-severa.
    - 68-80: depresión grave (opcionalmente hospitalizable).
  - También se puede transformar la puntuación bruta en un índice porcentual (Índice SDS = puntuación × 100/80), en cuyo caso los puntos de corte utilizados son:
    - < 50 %: no depresión.
    - 50-59 %: depresión leve.
    - 60-69 %: depresión moderada.
    - ≥ 70 %: depresión grave.

Referencias complementarias

Bech P. The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: Screening and listening. A twenty years update with reference to DSM-IV and ICD-10, 2.ª ed. rev. Berlin: Springer, 1996.

Conde V. La medida de la depresión. La escala autoaplicada para la medida cuantitativa de la depresión de Zung. Graficesa, Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, 1967-1969.

Conde V, Esteban Chamorro T. Revisión crítica de dos adaptaciones castellanas de la «Self-Rating Depression Scale» (SDS) de Zung. Arch Neurobiol (Madrid) 1973; 36: 375-392.

Conde López V, Franch Valverde JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Trébol, 1984.

5.5. Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS)

Autores	T. L. Brink, J. A. Yesavage, O. Lum.
Referencia	*Screening tests for geriatric depression.* Clin Gerontol 1982; 1: 37-43.
Evalúa	Cribado de presencia de depresión en personas ancianas.
N.º de ítems	30.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La GDS es la única escala de depresión específicamente construida para ancianos.
- Es una escala de cribado, es decir, de detección de la posible presencia de depresión.
- Consta de 30 ítems, formulados como preguntas y con respuesta dicotómica sí/no.
  - Existen versiones abreviadas de 15 ítems (Sheikh y Yesavage, 1986) y de 5 ítems (Hoyl y cols., 1999).
- Es una escala autoaplicada.
- Las 3 versiones están disponibles en español.

Corrección e interpretación

- Proporciona una única puntuación que se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los ítems.
- Cada ítem puntúa 1 o 0, por lo que la puntuación total en la GDS oscila entre 0 y 30, 0 y 15 o 0 y 5.
- En la versión de 30 ítems:
  - Una respuesta afirmativa en los ítems n.º 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26 y 28 vale 1 punto.
  - Una respuesta negativa en el resto de los ítems (n.º 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30) también vale 1 punto.
  - Los puntos de corte recomendados son los siguientes:
    - 0-10 puntos: normal.
    - 11-30 puntos: posible depresión.
  - Algunos autores diferencian entre:
    - 11-20: depresión leve.
    - > 20: depresión grave.
- En la versión de 15 ítems el punto de corte propuesto es 4/5.
- En la versión de 5 ítems el punto de corte propuesto es 1/2, aunque su rendimiento en las mujeres es inferior que en los varones.

Referencias complementarias

Aguado C, Martínez J, Onís MC, Dueñas RM, Albert C, Espejo J. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la «Geriatric Depression Scale» (GDS) de Yesavage. Aten Primaria 2000; 26 (Supl 1): 328.

De Dios R, Hernández AM, Rexach LI, Cruz AJ. Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36: 276-280.

Hayl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelfgen M. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. J Am Geriatr Soc 1999; 47: 873-878.

Martínez E, Díaz-Chávez G, García JA, Gil P. Escala de Yesavage reducida: su validez para detectar trastornos afectivos. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28 (Supl 1): 28.

Salemero M, Marcos T. Factor study of the Geriatric Depression Scale. Acta Psych Scand 1992; 86: 283-286.

Shelk JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. En: Brink TL, ed. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth Press, 1986; 165.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang VS, Adey M y cols. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J Psychiatric Res 1983; 17: 37-39.

5.6. Escala de Depresión de Calgary (Calgary Depression Scale, CDS)

Autores	D. Addington, J. Addington, B. Schissel.
Referencia	*A depression rating scale for schizophrenics.* Schizophr Res 1990; 3: 247-251.
Evalúa	El nivel de depresión en pacientes esquizofrénicos.
N.º de ítems	9.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La CDS es una escala para medir el nivel de depresión en los pacientes esquizofrénicos, tanto en la fase aguda como en los estadios deficitarios.
- Consta de 9 ítems; para los 8 primeros la propia escala facilita las preguntas para su exploración, mientras que el último es un ítem observacional para el que no se proporcionan preguntas específicas.
- Los ítems se puntúan según una escala tipo Likert de 4 valores de intensidad: 0, ausente; 1, leve; 2, moderado, y 3, grave.
  - Para todos los ítems se proporcionan criterios operativos para establecer la puntuación de gravedad.
- Ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de entrevista estructurada, aunque se anima al entrevistador a que realice cuantas preguntas adicionales crea necesarias.
- El marco de referencia temporal son las 2 semanas previas, a no ser que explícitamente se estipule otro.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total de la gravedad de la depresión, que se obtiene sumando la puntuación en cada ítem (de 0 a 3).
- La puntuación total oscila entre 0 y 27 puntos.
- El punto de corte recomendado por los autores es el siguiente:
  - 0-5: no depresión.
  - 6-27: depresión.

Referencias complementarias

Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce JL. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. Schizophr Res 1992; 5: 51-59.

Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: The Calgary Depression Scale. Br J Psychiatry 1993; 163 (Suppl 22): 39-44.

Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ, Stamouli SS, Margariti MM, Collias CT, Christodoulou GN. Comparison of four scales measuring depression in schizophrenic inpatients. Eur Psychiatry 2000; 15: 274-277.

Ramírez N, Sarro S, Arranz B, Sánchez JM, González JM, San L. Instrumentos de evaluación de la depresión en la esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr 2001; 29: 259-268.

5.7. Escala de Cornell para la Depresión en la Demencia (Cornell Scale for Depression in Dementia)

Autores	G. S. Alexopoulos, R. C. Abrams, R. C. Young, C. A. Shamolan.
Referencia	*Cornell Scale for Depression in Dementia.* Biol Psychiatry 1988; 23: 271-284.
Evalúa	Sintomatología depresiva en los pacientes con deterioro cognitivo.
N.º de ítems	19.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La escala de Cornell es un instrumento específicamente diseñado para la evaluación de la sintomatología depresiva en los pacientes con deterioro cognitivo.
- Consta de un total de 19 ítems que se agrupan en cinco dimensiones:
  - Signos relacionados con el estado de ánimo (4 ítems).
  - Alteraciones del comportamiento (4 ítems).
  - Signos físicos (3 ítems).
  - Funciones cíclicas (4 ítems).
  - Alteración ideacional (4 ítems).
- Cada uno de los ítems se puntúa mediante una escala Likert de 3 grados de intensidad; 0, ausente; 1, leve o intermitente; 2, grave.
- Es un instrumento heteroaplicado, para ser administrado y puntuado por el clínico durante una entrevista con el cuidador y con el paciente.
- El tiempo de administración estimado es de 20 minutos la entrevista con el cuidador y unos 10 minutos la entrevista y observación del paciente.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total suma de las puntuaciones en los 19 ítems.
- Puntuaciones ≥ 8 sugieren la presencia de sintomatología depresiva significativa.

Referencias complementarias

Pujol J, de Azpiazu P, Salamero M, Cuevas R. Sintomatología depresiva de la demencia. Escala de Cornell: validación de la versión en castellano. Rev Neurol 2001; 33: 397-398.

5.8. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD)

Autores	A. S. Zigmong, R. P. Snaith.
Referencia	*The hospital anxiety and depression scale.* Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-370.
Evalúa	Detección de trastornos depresivos y ansiosos en el contexto hospitalario no psiquiátrico.
N.º de ítems	14.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La HAD fue diseñada con la intención de crear un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos que cumpliera las siguientes condiciones:
  - No estar contaminado por la sintomatología de la patología física que presenta el paciente.
  - Diferenciar claramente entre los trastornos de tipo depresivo y los de tipo ansioso.
- Se recomienda que se utilice como instrumento de detección o cribado; en el caso de que puntúe como positivo la evaluación ha de complementarse con otras escalas más específicas y heteroaplicadas (p. ej., las escalas de Hamilton).
- La HAD está constituida por 14 ítems, ninguno de los cuales hace referencia a síntomas somáticos. Los ítems se agrupan en dos subescalas, cada una de ellas con 7 ítems:
  - Subescala de ansiedad: está centrada en sus manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, nervios en el estómago, angustia). Son los ítems impares.
  - Subescala de depresión: centrada en la anhedonía (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión). Son los ítems pares.
- Tradicionalmente se viene utilizando de forma autoaplicada si bien uno de sus autores (Snaith, 1987) recomienda que sea heteroaplicada.
- El paciente ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo Likert que unas veces hace referencia a intensidad del síntoma y otras veces a frecuencia de presentación. En cualquier caso, la escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso).
- El marco de referencia temporal es la semana previa.
- Está adaptada y validada al español.

Corrección e interpretación

- Para cada subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman. Cabe recordar que los ítems impares conforman la subescala de ansiedad y los pares la de depresión.
- En ambas subescalas la puntuación obtenida se interpreta de acuerdo a los siguientes criterios:
  - 0-7: rango de normalidad.
  - 8-10: caso probable.
  - 11-21: caso de ansiedad o de depresión.

Referencias complementarias

Caro I, Ibáñez E. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Bol Psicol 1992; 36: 43-69.

Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 2003; 107(3): 216-221.

Snaith RP. The concepts of mild depression. Br J Psychiatry 1987; 150: 387-393.

Tejero A, Guimerá EM, Farré JM, Peri JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. Rev Depto Psiquiatr Fac Med Barna 1986; 13: 233-238.

5.9. Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorder Questionnaire, MDQ)

Autores	R. Hirschfeld, J. Calabrese, L. Flynn, P. Keck, L. Lewis, R. Post y cols.
Referencia	*A new screen for bipolar disorder: The mood disorder questionnaire.* Presentado en el 153rd Annual Meeting de la American Psychiatric Association. Chicago, 13-18 de mayo, 2000.
Evalúa	Trastorno bipolar.
N.º de ítems	13.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El MDQ es un instrumento diseñado para servir de cribado de los trastornos del espectro bipolar.
- Consta de 13 ítems formulados en forma de preguntas a las que el paciente debe responder sí o no.
- A continuación se formulan otras 4 cuestiones que hacen referencia a presencia simultánea de varios síntomas, repercusión y antecedentes familiares y personales.
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Los autores recomiendan utilizar como punto de corte la respuesta afirmativa a 7 o más de las 13 cuestiones formuladas.

5.10. Escala de Anhedonía Física (Physical Anhedonia Scale, PAS)

Autores	L. J. Chapman, J. P. Chapman.
Referencia	*The revised Physical Anhedonia Scale.* Unpublished test. 1978.
Evalúa	Anhedonía física.
N.º de ítems	61.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- Se trata de una ampliación de la escala inicialmente desarrollada por Chapman, Chapman y Raulin (1976) de 40 ítems.
- Diseñada para evaluar el placer físico, definido éste como el placer relacionado con la alimentación, el tacto, los olores, el sexo, la temperatura, el movimiento, los sonidos y las sensaciones físicas.
- Consta de 61 ítems de respuesta dicotómica verdadero/falso, que puntúan 1 o 0.
- El marco de referencia temporal es cómo se encuentra habitualmente, no únicamente en el momento de cumplimentar la escala.
- Es un instrumento autoaplicado.
- Traducida al español por J. M. Olivares (1995).

Corrección e interpretación

- Puntúan 1 punto las respuestas:
  - Verdaderas en los ítems: 1, 3, 6, 9, 10, 12, 16, 18, 19, 21, 28-31, 33, 34, 37, 38, 40-44, 46-48, 51-53, 55 y 61.
  - Falsas en los ítems restantes, es decir: 2, 4, 5, 7, 8, 11, 13-15, 17, 20, 22-27, 32, 35, 36, 39, 45, 49, 50, 54 y 56-60.
  - Proporciona una puntuación global, suma de la puntuación en cada uno de los 61 ítems, y puntuaciones en anhedonía social y anhedonía física.
- La puntuación global oscila entre 0 y 61:
  - No hay puntos de corte definidos; a mayor puntuación, mayor anhedonía.

Referencias complementarias

Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML. Scales for physical and social anhedonia. J Abnorm Psychol 1976; 4: 374-382.

5.11. Escala de Young para la Evaluación de la Manía (YMRS)

Autores	R. C. Young, J. T. Biggs, V. E. Ziegler, D. A. Meyer.
Referencia	*A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity.* Br J Psychiatr 1978; 133: 429-435.
Evalúa	La intensidad de la manía.
N.º de ítems	11.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- Constituida por 11 ítems que evalúan los síntomas de la manía, por lo que uso no resulta tan apropiado en los pacientes con trastorno bipolar II.
- Los ítems han de ser puntuados por el clínico basándose en el relato del paciente y en su propia observación. Para puntuar dispone de una escala de intensidad que oscila unas veces entre 0 y 4, y otras veces entre 0 y 8 (ítems 5, 6, 8 y 9). Estos 4 ítems tienen el doble de valor para compensar la pobre cooperación de los pacientes maníacos graves.
  - En todos los casos, el valor 0 hace referencia a ausencia del síntoma, y el valor más alto a presencia en gravedad extrema.
  - La escala proporciona criterios operativos para asignar la puntuación.
- Marco de referencia temporal: últimas 48 horas.
- Heteroaplicada por un clínico entrenado en su uso.
- Está validada en español por Colom y cols. (2002).
- El tiempo de duración aproximado de la entrevista es de 15-30 minutos.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en los 11 ítems. Esta puntuación total oscila entre 0 y 60 puntos.
- En general se acepta que una puntuación:
  - ≤ 6: es compatible con eutimia.
  - 7-20: es compatible con episodio mixto.
  - > 20: es compatible con episodio maníaco.
    - A mayor puntuación, mayor gravedad del cuadro maníaco.

Referencias complementarias

Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, García-García M, Reinares M, Torrent C, Goikolea JM y cols. Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. Med Clin (Barc) 2002; 119: 366-371.

5.12. Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos (EVMAC)

Autores	E. G. Altman, D. R. Hedeker, P. G. Janicak, J. L. Peterson, J. M. Davis.
Referencia	*The clinician-administered rating scale for mania (CARS-M): Development, reliability, and validity.* Biol Psychiatry 1994; 36: 124-134.
Evalúa	La gravedad de la sintomatología maníaca y psicótica.
N.º de ítems	15.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- Derivada de la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, para valorar la gravedad de la sintomatología maníaca y psicótica. Sigue los criterios diagnósticos del DSM-III-R.
- Consta de 15 ítems que se agrupan en 2 factores o subescalas:
  - Manía: formada por los 10 primeros ítems, que exploran los siguientes síntomas: humor elevado/euforia, irritabilidad/agresividad, hiperactividad motora, presión del habla, fuga de ideas, distraibilidad, grandiosidad, necesidad de dormir, excesiva energía y juicio empobrecido.
  - Psicoticismo: formada por los 5 últimos ítems, explora los síntomas de pensamiento desorganizado, ideación delirante, alucinaciones, orientación y conciencia de enfermedad.
- Tanto los ítems como las puntuaciones poseen criterios operativos descriptivos (los ítems de qué es lo que se pretende evaluar y cada una de las puntuaciones se acompañan de definiciones orientativas).
- Entrevista semiestructurada que debe ser realizada por el clínico, preferiblemente entrenado previamente en el uso de la escala. Al final de cada ítem se proporciona un listado de posibles preguntas para explorar ese ítem (excepto en los ítems 4, 6 y 11).
- De acuerdo con la información que obtiene en la entrevista, la procedente de otras fuentes y de su experiencia clínica, el clínico debe puntuar cada uno de los ítems utilizando una escala de intensidad que oscila entre:
  - 0 (ausencia del síntoma).
  - 5 (síntoma presente en gravedad extrema).
  - En el último ítem (conciencia de enfermedad) la puntuación oscila entre 0 (hay conciencia de enfermedad) y 4 (nula conciencia de enfermedad).
- Marco de referencia temporal: la última semana.
- Existe una versión adaptada y validada en castellano (Livianos y cols., 2000).

Corrección e interpretación

- Proporciona dos puntuaciones independientes, una de manía y otra de síntomas psicóticos y desorganización, que se obtienen sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que constituyen las escalas.
- Los puntos de corte recomendados para la versión española son los siguientes:
  - Subescala de manía:
    - 0-7: no existe manía o manía cuestionable.
    - 8-15: sintomatología maníaca leve.
    - 16-25: sintomatología moderada.
    - $\geq$ 26: sintomatología grave.
  - Subescala de psicosis/desorganización: no existen puntos de corte; a mayor puntuación, mayor gravedad.

Referencias complementarias

Livianos L, Rojo L, Guillem JL, Villavicencio D, Pino A, Mora R, Vila ML, Domínguez A. Adaptación de la escala para la valoración de la manía por clínicos (EVMAC). Actas Esp Psiquiatr 2000; 28: 169-177.

5.13. Escala de Manía de Bech-Rafaelsen (MAS)

Autores	P. Bech, O. J. Rafaelsen, P. Kramp, T. G. Bolwig.
Referencia	*The mania rating scale: Scale construction and inter-observer agreement.* Neuropharmacology 1978; 17: 430-431.
Evalúa	La intensidad de la manía.
N.º de ítems	11.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- Se trata de una escala de segunda generación derivada por una parte de la escala de Biegel para los estados maníacos y por otra como contraposición a la escala de melancolía de los mismos autores.
- Consta de 11 ítems que evalúan la presencia e intensidad de los síntomas maníacos, según los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10 (excepto el B8 [comportamientos temerarios o imprudentes] de la CIE-10).
- Cada ítem se puntúa utilizando una escala Likert de intensidad que oscila entre 0 y 4.
  - La escala proporciona criterios operativos de puntuación.
- Se trata de una escala heteroaplicada en la que el clínico sigue el método de una entrevista clínica semiestructurada. Existe también una versión autoaplicada (Bech, 1993).
- El marco de referencia temporal son como mínimo los 3 días previos. (Hay autores que recomiendan los 3 días previos para pacientes ingresados y los 7 días previos para pacientes ambulatorios.)

Corrección e interpretación

- Proporciona una medida objetiva de la gravedad de los síntomas que en la actualidad está experimentando el paciente, que se obtiene sumando las puntuaciones en los 11 ítems.
- La puntuación oscila entre 0 y 44 puntos. Los puntos de corte establecidos para la versión original son:
  - 0-5: no manía.
  - 6-9: hipomanía (leve).
  - 10-14: manía probable.
  - ≥ 15: manía definitiva.

Referencias complementarias

Bech P. Rating scales for psychopathology, health status, and quality of life. A compendium on decumentation in accordance with de DSM-IIT and WHO systems. Berlin: Springer, 1993.

Bech P. The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: Screening and listening. A twenty years update with reference to DSM-IV and ICD-10 (2.ª ed.). Berlin: Springer-Verlag, 1996.

Licht RW, Jensen J. Validation of the Bech-Rafaelsen Mania Scale using latent structure analysis. Acta Psychiatr Scand 1997; 96: 367-372.

5.14. Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el Trastorno Bipolar (Bipolar Eating Disorder Scale, BEDS)

Autores	C. Torrent, E. Vieta, J. A. Crespo, A. González-Pinto, J. Del Valle, J. M. Olivares, A. Rodríguez, C. de Arce, L. Sánchez-Planell, F. Colom.
Referencia	*Una escala autoaplicada para las alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar: «Bipolar Eating Disorder Scale» (BEDS) de Barcelona.* Actas Españolas de Psiquiatría. 2003. En prensa.
Evalúa	Alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar.
N.º de ítems	10.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- Se trata de una escala autoaplicada, sencilla y factible, que consta de 10 ítems. Cada ítem ha de ser valorado por el paciente según una escala tipo Likert de 4 grados (0, nunca; 3, siempre).
- Los 10 ítems se dividen en diferentes grupos:
  - Regularidad de hábitos (ítems 1 y 10).
  - Influencia del estado de ánimo (ítems 2, 5 y 6).
  - Trastorno de la conducta alimentaria, por ejemplo, atracones (ítems 3 y 7).
  - Mecanismo regulador de la saciedad (ítem 4).
  - Manera de comer compulsiva (ítem 9).
  - Ansia de hidratos de carbono (ítem 8).
- Es un instrumento destinado a la cuantificación de las disfunciones alimentarias en pacientes bipolares.

Corrección e interpretación

- Se obtiene una puntuación total suma de las puntuaciones en los 10 ítems. El rango de puntuación posible oscila, por tanto, entre 0 y 30.
- Puntuaciones superiores a 13 puntos indicarían que el sujeto sufre probablemente alteraciones relevantes en su conducta alimentaria y, por lo tanto, requerirán una intervención individualizada para valorar cuáles son sus mayores dificultades y proponer un tratamiento.
- Significado de las puntuaciones:
  - 0-12: normal.
  - 13-30: patológica.

Capítulo 6

Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida

6.1. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

Autores	A. T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler.
Referencia	*The measurement of pessimism: The hopelessness scale.* J Consult Clin Psychol 1974; 42: 861-865.
Evalúa	Expectativas de la persona sobre su futuro.
N.º de ítems	20.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La HS es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.
- Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.
- Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.
- Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen un 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:
  - Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).
  - Factor motivacional (pérdida de motivación).
  - Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.
- La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
- La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.
- La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.
- En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:
  - 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.
    - 0-3: ninguno o mínimo.
    - 4-8: leve.
  - 9-20: riesgo alto de cometer suicidio.
    - 9-14: moderado.
    - 15-20: alto.

Referencias complementarias

Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A ten year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. Am J Psychiatry 1985; 142: 559-563.

Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. Am J Psychiatry 1990; 147: 190-195.

6.2. Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

Autores	A. T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman.
Referencia	*Assessment of suicidal intent: The scale for suicide ideation.* J Consult Clin Psychol 1979; 47: 343-352.
Evalúa	La gravedad de la ideación suicida.
N.º de ítems	19.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La SSI es una escala diseñada para evaluar los pensamientos suicidas.
- La escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben de tenerse en cuenta como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de «frenos» (disuasores).
- Se trata de una escala semiestructurada que consta de 19 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- Los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados:
  - Actitud hacia la vida y la muerte (ítems 1 a 5).
  - Características de la ideación o del deseo de muerte (ítems 6 a 11).
  - Características del intento planeado (ítems 12 a 15).
  - Actualización de la tentativa (ítems 16 a 19).
- Es un instrumento heteroaplicado.

Corrección e interpretación

- Proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 38.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

6.3. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

Autores	A. T. Beck, D. Schuyler, I. Herman.
Referencia	*Development of suicidal intent scales.* En: Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ, eds. The prediction of suicide. Bowie: Charles Press, 1974; 45-56.
Evalúa	Características de la tentativa suicida.
N.º de ítems	20.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La SIS es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa.
- Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- Se recomienda su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio.
- Consta de tres partes bien diferenciadas:
  - Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) (ítems 1 a 8).
  - Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15).
  - Otros aspectos (ítems 16 a 20).
- Es un instrumento heteroaplicado.

Corrección e interpretación

- Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan).
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

6.4. Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV)

Autores	R. Plutchik, H. M. van Praag.
Referencia	*A self-report measure of violence risk, II.* Compr Psychiatry 1990; 31: 450-456.
Evalúa	Conductas violentas.
N.º de ítems	12.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La RV es una escala diseñada para evaluar la existencia de sentimientos de agresividad y conductas violentas.
- Consta de 12 ítems, de los cuales los 9 primeros hacen referencia a la presencia de conductas agresivas y se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Los ítems 10 y 11 también se recogen en una escala de frecuencia (0-3) y se refieren a la existencia de antecedentes delictivos. El último ítem se refiere a la tenencia de armas y se puntúa 0-1 (no o sí).
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 34.
- En la versión española (v. referencias complementarias), los autores proponen un punto de corte de 4.

Referencias complementarias

Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Salvador M, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo de violencia de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61: 307-316.

6.5. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Autores	R. Plutchik, H. M. van Praag, H. R. Conte, S. Picard.
Referencia	*Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure.* Compr Psychiatry 1989; 30: 296-302.
Evalúa	Riesgo suicida.
N.º de ítems	15.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La RS es una escala diseñada para evaluar riesgo suicida.
- Permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas.
- Consta de 15 ítems a los que el individuo ha de responder sí o no.
- Incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 15.
- En la versión española (v. referencias complementarias), los autores proponen un punto de corte de 6.

Referencias complementarias

Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61: 143-152.

6.6. Inventario de Razones para Vivir (Reasons for Living Inventory, RFL)

Autores	M. M. Linehan, J. L. Goodstein, S. L. Nielsen, J. A. Chiles.
Referencia	*Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory.* J Consult Clin Psychol 1983; 51: 276-286.
Evalúa	Razones para vivir.
N.º de ítems	48.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El RFL es un instrumento diseñado para evaluar las razones que una persona tendría para no suicidarse.
- Consta de 48 ítems que se agrupan en 7 subescalas diferentes:
  - Supervivencia y afrontamiento (24 ítems: 2, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 32, 35-37, 39, 40, 42, 44 y 45).
  - Responsabilidad con la familia (7 ítems: 1, 7, 9, 16, 30, 47 y 48).
  - Preocupación por los hijos (3 ítems: 11, 21 y 28).
  - Miedo al suicidio (7 ítems: 6, 15, 18, 26, 33, 38 y 46).
  - Miedo a la desaprobación social (3 ítems: 31, 41 y 43).
  - Objeciones morales (4 ítems: 5, 23, 27 y 34).
- Cada ítem presenta 6 posibles respuestas (1, sin ninguna importancia; 2, de muy poca importancia; 3, de poca importancia; 4, de alguna importancia; 5, de mucha importancia; 6, de suma importancia).
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem.
- Los puntos de corte propuestos por los autores para cada una de las subescalas son los siguientes:
  - Supervivencia y afrontamiento: 4,94.
  - Responsabilidad con la familia: 4,17.
  - Preocupación por los hijos: 4,02.
  - Miedo al suicidio: 2,13.
  - Miedo a la desaprobación social: 2,44.
  - Objeciones morales: 3,22.
- No existe punto de corte propuesto. A mayor puntuación, menor posibilidad de comisión de conductas suicidas.

Referencias complementarias

Oquendo MA, Graver R, Baca-García E, Morales M, De la Cruz V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Reasons for Living Inventory (RFL). Hispanic J Behav Sci 2000; 22: 369-380.

Capítulo 7

Instrumentos de evaluación para los trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Autor	M. Hamilton.
Referencia	*The assessment of anxiety states by rating.* Br J Med Psychol 1959; 32: 50-55.
Evalúa	Intensidad de la ansiedad.
N.º de ítems	14.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad.
- Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.
  - Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto.
  - En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los 2 primeros ítems (humor ansioso y tensión) que la puntuación total, ya que los 12 ítems restantes no representan adecuadamente al trastorno de ansiedad generalizada.
- El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista.
- Es una escala heteroaplicada. Ballenguer y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad interevaluadores. A continuación se describen brevemente (son válidas para los 13 primeros ítems):
  1. Identifique de entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más problemático en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.
  2. Determine para ese síntoma estos tres aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.
     a) Gravedad: 1, leve, de poca importancia; 2, gravedad moderada y alteraciones; 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto; 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.
     b) Tiempo/frecuencia: 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos períodos de tiempo; 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de una tercera parte del tiempo de vigilia); 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia); 4, ocurre casi todo el tiempo.
     c) Incapacidad/disfunción: 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales; 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales; 4, los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en 2 o más de las áreas anteriores.
  3. Haga la media entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo/frecuencia y redondee la media en función de la puntuación de incapacidad.

Corrección e interpretación

- Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.
- Los puntos de corte recomendados son:
  - 0-5: no ansiedad.
  - 6-14: ansiedad leve.
  - $\geq$ 15: ansiedad moderada/grave.

Referencias complementarias

Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc) 2002; 118: 493-499.

7.2. Escala Breve de Ansiedad de Tyrer (Brief Scale for Anxiety, BSA)

Autores	P. Tyrer, R. T. Owen, D. V. Cicchetti.
Referencia	*The brief scale for anxiety: A subdivision of the comprehensive psychopathological rating scale.* J Neurol Neurosurg Psychiatry 1984; 47: 970-975.
Evalúa	La intensidad de la ansiedad.
N.º de ítems	10.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La BSA deriva de la *Comprehensive Psychopathological Rating Scale* y tiene por objeto medir la ansiedad patológica tanto aislada como en el contexto de otros trastornos médicos o psicológicos.
- Consta de 10 ítems que evalúan aspectos afectivos, cognitivos y somáticos del espectro de la ansiedad.
  - Los síntomas que explora son: tensión interior, sentimientos de hostilidad, hipocondriasis, preocupación, fobias, dificultades de sueño, síntomas autonómicos, dolores y tensión muscular.
- Se trata de una escala heteroaplicada en la que el clínico, utilizando la información obtenida en la entrevista, ha de juzgar y valorar si cada uno de los ítems se encuentra presente y si es éste el caso, con qué gravedad está presente.
- El rango de puntuación oscila entre 0 (ausencia) y 6 (el mayor grado de intensidad).
- Para aumentar la fiabilidad interexaminadores, la propia escala proporciona descripciones del nivel de intensidad de los síntomas correspondientes a las puntuaciones 0, 2, 4 y 6. El entrevistador puede puntuar el ítem también con los valores intermedios (1, 3 y 5).

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los 10 ítems. Esta puntuación total puede oscilar entre 0 y 60 puntos. A mayor puntuación, mayor gravedad de la ansiedad.

7.3. Escala de Ansiedad Clínica (Clinical Anxiety Scale, CAS)

Autores	R. P. Snaith, S. J. Baugh, A. D. Clayden, A. Husain, M. A. Sipple.
Referencia	*The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale.* Br J Psychiatry 1982; 141: 518-523.
Evalúa	La gravedad de la sintomatología de los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad.
N.º de ítems	7.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La CAS fue desarrollada, a partir de la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS), para evaluar de forma breve la presencia y gravedad de los síntomas de los distintos trastornos de ansiedad en el ámbito de la atención ambulatoria, tanto especializada como de atención primaria.
- Consta de 7 ítems que evalúan principalmente síntomas cognitivos de ansiedad, como tensión psíquica y muscular, aprensión, preocupación, hiperexcitabilidad, inquietud motora y ataques de pánico.
- Se trata de un instrumento heteroaplicado. Cada ítem ha de ser valorado y puntuado por el clínico según una escala tipo Likert de 5 grados de intensidad y frecuencia, de 0 (ausente) a 4 (el síntoma está presente en grado extremo y la mayor parte del tiempo).
  - La escala proporciona criterios operativos explícitos y extensos para puntuar.
- El marco de referencia temporal es el momento actual (2 últimos días).
- Se ha utilizado para estimar cambios tras algunos meses de tratamiento.
- Se encuentra validada en español (Bulbena y cols., 2003).

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación global suma de las puntuaciones en los 7 ítems. El rango de puntuación posible oscila por tanto entre 0 y 28 puntos.
  - No existen puntos de corte adaptados a nuestro país; a mayor puntuación mayor gravedad de la sintomatología ansiosa.
  - Los autores originales (Snaith y cols., 1986) proponen los siguientes puntos de corte:
    - 0-4 puntos: no ansiedad o remisión clínica.
    - 5-10: ansiedad leve.
    - 11-16: ansiedad moderada.
    - 17-24: ansiedad grave.

Referencias complementarias

Bulbena A, Bobes J, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. Med Clin (Barc) 2003; 121 (10): 367-374.

Snaith RP, Harrop FM, Newby DA, Teale C. Grade scores of the Montgomery-Asberg Depression and the Clinical Anxiety Scales. Br J Psychiatry 1986; 148: 599-601.

7.4. Cuestionario Médico (Physician Questionnaire, PQ)

Autores	K. Rickels, K. Howard.
Referencia	*The Physician Questionnaire: a useful tool in psychiatric drug research.* Psychopharmacology 1970; 17: 338-344.
Evalúa	La gravedad de la sintomatología de los pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad.
N.º de ítems	14.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- El PQ fue desarrollado para evaluar de forma breve la presencia y gravedad de los síntomas de los distintos trastornos de ansiedad en el ámbito de la atención primaria.
- Consta de 14 ítems que evalúan los síntomas de ansiedad más comúnmente observados y familiares a los médicos generalistas, que se distribuyen en tres grupos y un ítem independiente que valora la gravedad global de la sintomatología ansiosa.
  - Síntomas emocionales: ítems 1 a 5 (ansiedad, ánimo depresivo, irritabilidad, hostilidad, fobia-obsesión-compulsión).
  - Síntomas somáticos: ítems 6 a 10 (hipocondría, somatización, insomnio, alteraciones del apetito, dolores de cabeza).
  - Valoración global: ítems 11-13 (inhibición psicomotora, fatiga, deterioro de las relaciones interpersonales).
  - Gravedad global de la sintomatología ansiosa: ítem 14 (grado de psicopatología global).
- Se trata de un instrumento heteroaplicado. Para cada ítem el cuestionario proporciona definiciones operativas. A la hora de puntuar el clínico dispone de una escala tipo Likert de 7 grados de intensidad, donde 1 es ausente y 7, muy grave.
- El marco de referencia temporal es el momento actual.
- Se encuentra validada en español (Bulbena y cols., 2003).

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación global, suma de las puntuaciones en los ítems 1 a 13, y puntuaciones en dos subescalas:
  - Emocional: suma de las puntuaciones de los ítems 1 a 5.
  - Somática: suma de las puntuaciones de los ítems 6 a 10.
- No existen puntos de corte propuestos; a mayor puntuación, mayor gravedad de la sintomatología ansiosa.

Referencias complementarias

Bulbena A, Bobes J, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. Med Clin (Barc) 2003; 121 (10): 367-374.

7.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

Autores	C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene.
Referencia	*Manual for the State-Trait Inventory.* Palo Alto: Consulting Psychological Press, 1970.
Evalúa	Dos conceptos de ansiedad: estado y rasgo.
N.º de ítems	40 (20 de ansiedad-estado y 20 de ansiedad-rasgo).
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El STAI es un inventario diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable).
- Consta de un total de 40 ítems (20 de cada uno de los conceptos).
- El marco de referencia temporal es en el caso de la ansiedad como estado «ahora mismo, en este momento», y en la ansiedad como rasgo «en general, en la mayoría de las ocasiones».
- Se trata de una escala autoaplicada.
- Es útil tanto en población normal como en pacientes.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 20 ítems correspondientes.
- La puntuación en los ítems de estado oscila entre 0 y 3, estableciendo los criterios operativos según la intensidad (0, nada; 1, algo; 2, bastante; 3, mucho). En algunos de los ítems de la ansiedad-estado es necesario invertir la puntuación asignada a la intensidad (3, nada; 2, algo; 1, bastante; 0, mucho); esos ítems son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.
- La puntuación en los ítems de rasgo también oscila entre 0 y 3, pero en este caso se basa en la frecuencia de presentación (0, casi nunca; 1, a veces; 2, a menudo; 3, casi siempre). En algunos de los ítems de la ansiedad-rasgo es necesario invertir la puntuación asignada a la frecuencia de presentación (3, casi nunca; 2, a veces; 1, a menudo; 0, casi siempre); esos ítems son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.
- La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60 puntos.
- No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad. En la siguiente tabla se detallan las puntuaciones correspondientes a los centiles 50, 75, 85 y 99.

	Centil 50		*Centil 75*		*Centil 85*		*Centil 99*	
	AE	AR	AE	AR	AE	AR	AE	AR
Puntuación directa hombres								
Adolescentes	20	20	31	26	36	30	47-60	46-60
Adultos	19	19	28	25	33	29	47-60	46-60
Puntuación directa mujeres								
Adolescentes	22	22	31	29	36	33	53-60	49-60
Adultas	21	24	31	32	37	37	54-60	49-60

Referencias complementarias

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual, 2.ª ed. Madrid: TEA Ediciones, 1986.

7.6. Test de Othmer y DeSouza para la Detección del Trastorno de Somatización

Autores	E. Othmer, C. DeSouza.
Referencia	*A screening test of somatization disorder (hysteria).* Am J Psychiatry 1985; 142: 1146-1149.
Evalúa	Detección del trastorno de somatización.
N.º de ítems	6.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- Fue desarrollado con la intención de obtener un instrumento sencillo y breve para la detección del trastorno de somatización.
- Consta de 6 ítems de respuesta dicotómica sí o no. Cada uno de los ítems explora síntomas somáticos localizados (garganta, órganos genitales/recto, dificultades de memoria, dificultades para respirar, vómitos, dolores menstruales y dolores en dedos de manos y pies).
- Existe una versión en español.

Corrección e interpretación

- Cada respuesta positiva vale 1 punto.
- La puntuación total se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los 6 ítems por lo que oscila entre 0 y 6.
- El punto de corte recomendado para la población española es:
  - 0-2: sin trastorno de somatización.
  - 3-6: posible trastorno de somatización.

Referencias complementarias

García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, Lobo A. Screening of somatization disorder: Validation of the Spanish version of the Othmer and DeSouza Test. Acta Psychiatr Scand 1996; 94: 411-415.

Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. J Nerv Ment Dis 1991; 179: 647-655.

7.7. Cuestionario de Dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ)

Autor	R. Melzak.
Referencia	*The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods.* Pain 1975; 1: 277-299.
Evalúa	Tres dimensiones del dolor: sensorial, afectiva y evaluativa.
N.º de ítems	68.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- Es quizás el cuestionario más utilizado para la evaluación del dolor crónico tanto en la práctica clínica como en la investigación.
- Se trata de 66 adjetivos que describen el dolor agrupados en 19 subclases, un ítem que valora la intensidad del dolor y uno que valora el dolor actual. Con este cuestionario se evalúa:
  - La percepción del dolor, desde el punto de vista sensorial y evaluativo.
  - La respuesta emocional a él.
- El paciente debe seleccionar el adjetivo de cada subclase que mejor describa su dolor en ese momento (si ninguno lo describe no elige ningún adjetivo).
- Finalmente, en una escala analógica visual (EAV), el paciente debe marcar una cruz sobre la línea indicando el grado de dolor que presenta en el momento actual.
- Existe una versión abreviada con 15 adjetivos descriptivos, 11 sensoriales y 4 evaluativos que se puntúan según una escala Likert de intensidad de 4 grados (0 = ausente, 3 = grave) (Melzack, 1987).
- Aunque inicialmente diseñada para ser heteroaplicada, puede ser utilizada en forma autoaplicada.
- Se encuentra adaptado y validado al español (Lázaro y cols., 1994).

Corrección e interpretación

- En la versión original cada adjetivo tiene un peso o valor específico predeterminado.
- Proporciona:
  - Un perfil cuantitativo de los tres aspectos del dolor evaluados, que se obtiene sumando los pesos de los ítems seleccionados en cada dimensión.
  - Un índice de la intensidad del dolor presente en ese momento.
- Existen otros métodos alternativos de corrección.
- La versión abreviada proporciona puntuaciones de dolor sensorial y cognitivo, suma de las puntuaciones dadas a los adjetivos seleccionados en cada escala, y una puntuación global suma de las dos anteriores.

Referencias complementarias

Lázaro C, Bosch F, Torrubia R, Banos JE. The development of a Spanish Questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. Eur J Psychol Assess 1994; 10: 145-151.

Lázaro C, Caseras X, Whizar-Lugo VM, Wenk R, Baldioceda F, Bernal R y cols. Psychometric properties of a Spanish version of the McGill Pain Questionnaire in several Spanish-speaking countries. Clin J Pain 2001; 17: 365-74.

Melzak R, Torgerson WS. On the language of pain. Anesthesiology 1971; 34: 50-59.

Melzak R. The short-form McGill Pain Questionnaire. Pain 1987; 30: 191-197.

7.8. Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS)

Autor	B. Bandelow.
Referencia	*Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia, II: The Panic and Agoraphobia Scale.* Int Clin Psychopharmacol 1995; 10: 73-81.
Evalúa	La gravedad del trastorno de pánico.
N.º de ítems	13.
Administración	Versiones heteroaplicadas y autoaplicadas.

Descripción

- La PAS es una escala diseñada para evaluar la gravedad del trastorno de pánico.
- Consta de 13 ítems que se agrupan en 5 subescalas:
  - Ataques de pánico (frecuencia, gravedad y duración).
  - Agorafobia (frecuencia e importancia de las situaciones).
  - Ansiedad anticipatoria (frecuencia y gravedad).
  - Discapacidad (familiar, social y laboral).
  - Preocupaciones por la salud.
- El marco de referencia temporal es la semana pasada.
- Existen dos versiones: autoaplicada y heteroaplicada, que constan de los mismos ítems.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación de gravedad total, y puntuaciones en cada una de las 5 subescalas.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 52 (a mayor puntuación, mayor gravedad). La puntuación en cada escala se obtiene sumando los ítems correspondientes a cada escala. Estas puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 12 en el caso de las subescalas de ataques de pánico, agorafobia y discapacidad, y entre 0 y 8 en el caso de ansiedad anticipatoria y preocupaciones por la salud.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

Referencias complementarias

Bandelow B, Brunner E, Broocks A, Beinroth D, Hajak G, Pralle L y cols. The use of the Panic and Agoraphobia Scale in a clinical trial. Psychiatry Res 1998; 77: 43-49.

7.9. Trastorno de Pánico. Diario del paciente

Autores	Gerard, Whitaker.
Referencia	2001.
Evalúa	Crisis de ansiedad, ansiedad anticipatoria, manifestaciones de ansiedad.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El diario del paciente es un instrumento que debe cumplimentar el paciente cada noche, anotando aspectos relacionados con:
  - Ansiedad anticipatoria.
  - Presencia de ataques de pánico.
  - Síntomas durante los ataques.
  - Si ha habido ataque/s de pánico señalar la duración, intensidad, si ha ocurrido en una situación esperada o inesperadamente y los síntomas que se presentaron.
- El diario permite recoger por tanto la presencia de ataques de pánico, temor, expectativa y evitación de crisis.

Corrección e interpretación

- El paciente dispone en la hoja que debe completar de las instrucciones para completarlo. Permite obtener un perfil cuantitativo y cualitativo de cada día.

Referencias complementarias

Beurs E, Chambless DL, Goldstein AJ. Measurement of panic disorder by a modified panic diary. Depress Anxiety 1997; 6: 133-139.

7.10. Criterios del Hospital del Mar para la Evaluación Clínica de la Laxitud Articular

Autores	A. Bulbena, J. C. Duró, M. Porta, S. Faus, R. Vallescar, R. Martín-Santos.
Referencia	*Clinical Assessment of Hypermobility of Joints: Assembling Criteria.* J Rheumatol 1992; 19: 115-122.
Evalúa	El grado de hipermovilidad o laxitud articular.
N.º de ítems	10.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- Esta escala de criterios es el resultado de la conjunción de los criterios que tradicionalmente se venían utilizando para el diagnóstico de la laxitud articular y que tenían entre sí cierto grado de solapamiento:
  - Criterios de Carter y Wilkinson.
  - Criterios de Beighton.
  - Criterios de Rotés.
- Consta de un total de 10 ítems o criterios que exploran la movilidad de determinadas articulaciones de las extremidades superiores e inferiores (estas últimas en posición prono y en posición supina).
- El clínico ha de determinar si el paciente cumple o no cada uno de los 10 criterios.
- Es un instrumento heteroaplicado.

Corrección e interpretación

- Cada criterio que el paciente cumple recibe un punto. La puntuación total oscila pues entre 0 (ningún criterio/ítem cumplido) y 10 (cumple los 10 criterios).
- Los puntos de corte propuestos por los autores son:
  - Varones: 3/4.
  - Mujeres: 4/5.

Referencias complementarias

Bulbena A, Duró JC, Mateo A, Porta M, Vallejo J. Joint hypermobility syndrome and anxiety disorders. Lancet 1988; 2: 694.

Gago J, Bulbena A, Martín-Santos R. Mediciones somáticas de valor psicopatológico (I): laxitud articular. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P, eds. Medición clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona: Masson, 2000; 109-114.

Grahame R, Bird HA, Child A. The revised (Brighton 1998) criteria for the diagnosis of benign joint hypermobility syndrome (BJHS). J Rheumatol 2000; 27: 1777-1779.

7.11. Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS)

Autor	M. R. Liebowitz.
Referencia	*Social phobia.* Mod Probl Pharmacopsychiatry 1987; 22: 141-173.
Evalúa	La gravedad del trastorno de ansiedad social.
N.º de ítems	24; 13 de ansiedad de actuación y 11 de ansiedad social.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La LSAS es una escala diseñada para evaluar la gravedad del trastorno de ansiedad social.
- Consta de 24 ítems que se refieren a 24 situaciones que se evalúan desde una doble vertiente: miedo o ansiedad que experimenta el paciente en esas situaciones, y grado de evitación de las mismas. De las 24 situaciones, 13 son situaciones de actuación (p. ej., participar en pequeños grupos, escribir mientras le observan, etc.) y 11 son sociales (p. ej., conocer a gente nueva, ser el centro de atención, etc.).
- Los aspectos de miedo o ansiedad se puntúan mediante una escala Likert de intensidad que oscila entre 0 (nada de miedo o ansiedad) y 3 (mucho miedo o ansiedad), y el grado de evitación mediante una escala de frecuencia también entre 0 (nunca lo evito, 0 % de las ocasiones) y 3 (habitualmente lo evito, 67-100 % de las ocasiones).
- Aunque inicialmente fue desarrollada para ser heteroaplicada, en muchos estudios se ha utilizado de forma autoaplicada. La adaptación al castellano se realizó en forma heteroaplicada.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación de gravedad total, y puntuaciones en cada una de las 4 subescalas:
  - Miedo o ansiedad.
  - Grado de evitación.
  - Ansiedad de actuación.
  - Ansiedad social.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 144 (a mayor puntuación, mayor gravedad). La puntuación en cada subescala se obtiene sumando los ítems correspondientes a cada subescala. Estas puntuaciones pueden oscilar entre 0 y 72.
- Los ítems correspondientes a la subescala de ansiedad de actuación son los número 1-4, 6, 8, 9, 13,14, 16, 17, 20 y 21. El resto corresponden a la subescala de ansiedad social.
- En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:
  - ≤ 51: ansiedad social leve.
  - 52-81: ansiedad social moderada.
  - ≥ 82: ansiedad social grave.

Referencias complementarias

Baker SL, Heinrichs N, Kim HJ, Hofmann SG. The liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. Behav Res Ther 2002; 40: 701-15.

Bobes J, Badía X, Luque A, García M, González MP, Dal-Ré R, y el Grupo de Validación en Español de Cuestionarios de Evaluación de la Fobia Social. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. Med Clin (Barc) 1999; 112: 530-538.

7.12. Escala de Ansiedad Social de Watson y Friend (Social Anxiety and Distress Scale, SADS)

Autores	D. Watson, R. Friend.
Referencia	*Measurement of social-evaluative anxiety.* J Clin Psychol 1969; 33: 448-457.
Evalúa	La gravedad del trastorno de ansiedad social (ansiedad y evitación).
N.º de ítems	28.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La SADS es una escala diseñada para evaluar, desde un punto de vista subjetivo, el grado de ansiedad y evitación.
- Consta de 28 ítems que diferencian, aunque menos claramente que la escala de Liebowitz (LSAS), entre ansiedad de actuación y ansiedad social.
- Cada ítem está formulado en forma de sentencias a las que el paciente ha de responder si es verdadero o falso.
- Las respuestas señaladas verdadero valen 1 punto y las señaladas como falso 0 puntos en los ítems 2, 5, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 21, 23, 24 y 26. En el resto de los ítems la puntuación es al contrario, es decir, verdadero puntúa 0 y falso, 1.
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación de gravedad total (de ansiedad y evitación).
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems, y puede oscilar entre 0 y 28.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

Referencias complementarias

Bobes J, Badía X, Luque A, García M, González MP, Dal-Ré R, y Grupo de Validación en Español de Cuestionarios de Evaluación de la Fobia Social. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. Med Clin (Barc) 1999; 112: 530-538.

7.13. Escala Breve de Fobia Social (Brief Social Phobia Scale, BSPS)

Autores	J. R. T. Davidson, C. M. Miner, J. DeVeaugh-Geiss, L. A. Tupler, J. T. Colket, N. L. Potts.
Referencia	*The Brief Social Phobia Scale: A psychometric evaluation.* Psychol Med 1997; 27: 161-166.
Evalúa	Síntomas característicos de fobia social.
N.º de ítems	18.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La BSPS es una escala de 18 ítems, diseñada para evaluar los síntomas característicos del trastorno de ansiedad social, utilizando 3 subescalas: temor, evitación y síntomas neurovegetativos (enrojecimiento, palpitaciones, temblores y sudoración).
- Los 7 primeros ítems evalúan el miedo a siete situaciones, del 8 al 14 la evitación de las mismas siete situaciones y los cuatro últimos evalúan la presencia e intensidad de cuatro síntomas neurovegetativos.
- Se trata de una escala heteroaplicada.

Corrección e interpretación

- Los ítems de miedo/temor se califican mediante una escala Likert de 5 valores de intensidad (0, nada; 4, extremo, incapacitante y/o extremadamente estresante).
- Los ítems de evitación se califican mediante una escala Likert de 5 valores de frecuencia (0, nunca; 4, siempre, 100 %).
- Los ítems 15 a 18, de manifestaciones neurovegetativas, se califican utilizando la misma escala de intensidad que el miedo.
- Se obtiene una puntuación total y puntuaciones en las tres subescalas. La puntuación total obtenida oscila en un rango de 0-72.
- El punto de corte propuesto por los autores es 18.

7.14. Inventario de Fobia Social (Social Phobia Inventory, SPIN)

Autores	K. Connor, J. R. T. Davidson, L. Churchill, A. Sherwood, E. Foa, R. Weisler.
Referencia	*Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale.* Br J Psychiatry 2000; 176: 379-386.
Evalúa	La ansiedad social.
N.º de ítems	17.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El SPIN consta de 17 ítems que evalúan los tres aspectos más comunes en el trastorno de ansiedad social: temor, evitación fóbica y síntomas autonómicos como rubor, sudor y temblor.
- Puede utilizarse tanto como instrumento de detección como herramienta diagnóstica y de respuesta al tratamiento.
- Es un cuestionario autoaplicado.
- A partir del SPIN se ha desarrollado el Mini-SPIN, que consta de los tres ítems que habían mostrado alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico. Los 3 ítems son el 6, el 9 y el 15.

Corrección e interpretación

- Cada ítem puntúa de 0 a 4. La puntuación total para gravedad de la enfermedad se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 68.
- Los autores consideran como punto de corte una puntuación mayor o igual a 19.
- Mini-SPIN: la suma de los 3 ítems del SPIN (6, 9 y 15) mayor o igual a 6 detecta trastorno de ansiedad social con una eficiencia del 90 %.

Referencias complementarias

Connor KM, Kobak KA, Churchill LE, Katzelnick D, Davidson JRT. Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. Depress Anxiety 2001; 14: 137-140.

7.15. Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS)

Autores	W. K. Goodman, L. H. Price, S. A. Rasmussen, C. Mazure, R. L. Fleischmann, C. L. Hill, G. R. Heninger, D. S. Charney.
Referencia	*The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use, and reliability.* Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 1006-1016.
Evalúa	La gravedad de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo.
N.º de ítems	19.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La Y-BOCS es una escala diseñada para evaluar la gravedad de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo sin que influya el tipo o número de obsesiones y/o compulsiones del sujeto.
- Consta de un total de 19 ítems; los 10 primeros son los que verdaderamente constituyen la escala, y los 9 restantes proporcionan información útil al clínico.
- Los 10 que constituyen la escala propiamente dicha se agrupan en dos subescalas:
  - Subescala de obsesiones: ítems 1 al 5.
  - Subescala de compulsiones: ítems 6 al 10.
- Los 9 ítems restantes evalúan los siguientes aspectos: conciencia de enfermedad, evitación, indecisión, responsabilidad, enlentecimiento, duda patológica, gravedad global, mejoría global y fiabilidad de la información proporcionada por el paciente.
- Todos los ítems con la excepción de los tres últimos se puntúan según una escala Likert de gravedad que oscila entre 0 (ninguna gravedad) a 4 (gravedad extrema).
- La escala tiene un sencillo manual de administración en el que figuran las preguntas que hay que realizar para poder valorar el ítem y los criterios operativos detallados para asignar las puntuaciones. También cuenta con un listado de síntomas previo, descriptivo, para identificar la naturaleza y el número de obsesiones y compulsiones, que después se valorará con la escala propiamente dicha.
- Es un instrumento heteroaplicado.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación de gravedad total y puntuaciones en las dos subescalas: obsesiones y compulsiones.
- La puntuación total se obtiene sumando la puntuación en los ítems 1 a 10. Esta puntuación oscila entre 0 y 40.
- Las puntuaciones en las subescalas se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems que forman cada una de ellas, esto es, obsesiones (1 a 5) y compulsiones (6 a 10). La puntuación en cada subescala oscila entre 0 y 20.
- Los puntos de corte propuestos para la puntuación total de la escala son:
  - 0-7: subclínico.
  - 8-15: leve.
  - 16-23: moderado.
  - 24-31: grave.
  - 32-40: muy grave.

Referencias complementarias

Goodman W, Price L, Rasmussen S, Mazure C, Delgado P, Heninger G, Charney D. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 1012-1016.

Nicolini H, Herrera K, Páez F, Sánchez de Carmona M, Orozco B, Lodeiro G, De la Fuente JR. Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Salud Mental 1996; 5 (Supl 19): 13-16.

Sal y Rosas HJ, Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti Suárez G, Vidal H, Guimas B, Adrianzén C y cols. Validación de una versión en español de la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30: 30-35.

7.16. Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

Autores	D. D. Blake, F. W. Weathers, L. M. Nagy, D. G. Kaloupek, G. Klauminzer, D. S. Charney, T. M. Keane.
Referencia	*A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1.* Behav Therapist 1990; 13: 187-188.
Evalúa	La presencia e intensidad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático.
N.º de ítems	30.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La escala fue diseñada para la ayuda al diagnóstico (CAPS-1) y la evaluación de la gravedad de los síntomas (CAPS-2) del trastorno de estrés postraumático (TEPT).
- Consta de 30 ítems que evalúan cada uno de los 17 síntomas que figuran en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Además, evalúa otros 5 síntomas que frecuentemente se asocian al TEPT: culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia de lo que le rodea, desrealización y despersonalización.
- La evaluación de los síntomas se realiza desde una doble perspectiva; cuantitativa, asignando una puntuación determinada, y categorial determinando si el síntoma se halla o no presente.
  - Para la evaluación cuantitativa, el evaluador ha de puntuar separadamente la frecuencia y la intensidad de cada síntoma. Para ello dispone de una escala Likert de 5 puntos (de 0 a 4) con criterios operativos claramente especificados.
  - Para determinar si el síntoma está o no presente el entrevistador tendrá en cuenta las puntuaciones de frecuencia e intensidad que haya recibido ese síntoma.
    - Los autores describen dos estrategias para realizar esta valoración: la menos restrictiva considera que un síntoma se halla presente cuando recibe puntuaciones de al menos 1 en frecuencia y 2 en intensidad. La más restrictiva obliga a que la suma de frecuencia e intensidad sea 4 o más.
- El marco de referencia temporal para la evaluación es doble: en el momento actual y a lo largo de la vida. Los autores recomiendan realizar en primer lugar la evaluación del momento actual (último mes).
  - Si no se cumplen los criterios para el diagnóstico de TEPT actual, el entrevistador ha de determinar cuál fue el peor mes, en cuanto a síntomas, desde que ocurrió el acontecimiento traumático, y éste será el período a lo largo de la vida que deberá evaluar.
- Instrumento heteroaplicado por personal previamente entrenado.
- Está validada en español (Bobes y cols., 2000).

Corrección e interpretación

- Evaluación cuantitativa o de gravedad (CAPS-2):
  - Para cada síntoma se suman las puntuaciones de frecuencia e intensidad, proporcionando una puntuación de gravedad del síntoma que puede oscilar entre 0 y 8.
  - La suma de las puntuaciones de los síntomas de cada uno de los criterios diagnósticos proporciona las puntuaciones de cada uno de los criterios sintomatológicos del TEPT: reexperimentación, evitación y embotamiento, e hiperactivación.
  - Finalmente, la suma de los 17 síntomas obtiene una puntuación total de gravedad del cuadro, que puede oscilar entre 0 y 136.
  - El punto de corte recomendado por los autores es 65.

- Evaluación categorial o de presencia diagnóstica (CAPS-1):
  - Sigue los algoritmos diagnósticos del DSM-IV. Así, para que el diagnóstico esté presente se necesita que al menos esté presente 1 síntoma del criterio B, 3 síntomas del criterio C, 2 síntomas del criterio D, que los síntomas hayan estado presentes al menos durante 1 mes, y que haya habido angustia o deterioro en el funcionamiento social o laboral importante (puntuación de al menos 2).

Referencias complementarias

Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS y cols. The development of a clinician-administered PTSD scale. J Traumatic Stress 1995; 8: 75-90.

Bobes J, Calcedo-Barba A, García M, Francois M, Rico-Villademoros F, González MP, Bascarán MT, Bousoño M y Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. Actas Esp Psiquiatr 2000; 28: 207-218.

King DW, Leskin GA, King LA, Weathers FW. Confirmatory factor analysis of the Clinician-Administered PTSD Scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. Psychological Assessment 1998; 10: 90-96.

7.17. Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)

Autores	J. R. T. Davidson, S. W. Book, J. T. Colket, L. A. Tupler, S. Roth, D. David, M. Hertzberg, T. Mellman, J. C. Beckham, R. D. Smith, R. M. Davidson, R. Katz, M. E. Feldman.
Referencia	*Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder.* Psychol Med 1997; 27: 153-160.
Evalúa	La frecuencia y gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT).
N.º de ítems	17.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La DTS es una escala diseñada para evaluar la frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT desde un punto de vista subjetivo. Los autores indican que también puede utilizarse para evaluar los resultados del tratamiento.
- Consta de un total de 17 ítems que se corresponden con los síntomas recogidos en los criterios B-D para el diagnóstico del TEPT según el DSM-IV.
- Los ítems referentes a la intrusión y evitación se relacionan directamente con el acontecimiento estresante, mientras que en los ítems de embotamiento, aislamiento e hiperactivación se valora su ausencia o presencia sin tener que relacionarlos directamente con el acontecimiento estresante.
- De cada ítem el paciente debe puntuar dos aspectos: la frecuencia de presentación y la gravedad del síntoma. Para ello debe utilizar una escala Likert de 5 puntos que oscila entre 0 (nunca o gravedad nula) y 4 (diariamente o gravedad extrema), según se trate de frecuencia o intensidad.
- El marco de referencia temporal es la semana previa.
- Es una escala autoaplicada.
- Está validada en español (Bobes y cols., 2000).

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total y puntuaciones en las dos subescalas: frecuencia y gravedad.
- La puntuación total se obtiene sumando la puntuación en cada ítem y oscila entre 0 y 136.
- Las puntuaciones en las subescalas se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems que forman cada una de ellas, y pueden oscilar entre 0 y 68 puntos.
- Los autores proponen como punto de corte para la puntuación total de la escala 40.

Referencias complementarias

Bobes J, Calcedo-Barba A, García M, Francois M, Rico-Villademoros F, González MP, Bascarán MT, Bousoño M y Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. Actas Esp Psiquiatr 2000; 28: 207-218.

Zlotnick C, Davidson JRT, Shea MT, Pearlstein T. Validation of the Davidson Trauma Scale in a sample of survivors of childhood sexual abuse. J Nerv Ment Dis 1996; 184: 255-257.

7.18. Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

Autores	J. R. T. Davidson, D. Hughes, D. G. Blazer.
Referencia	*Traumatic experiences in psychiatric patients.* J Trauma Stress 1990; 3: 459-475.
Evalúa	La presencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT).
N.º de ítems	44.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El TQ es un instrumento sencillo de cribado del TEPT.
- Consta de un total de 44 ítems que se agrupan en tres partes bien diferenciadas:
  - Listado de experiencias traumáticas: 17 ítems a los que tiene que contestar si los ha sufrido o no alguna vez en su vida, y en caso afirmativo a qué edad y durante cuánto tiempo sufrió el acontecimiento.
  - Acontecimiento traumático que más le preocupa actualmente: 9 ítems que evalúan las características de ese acontecimiento para ver si cumple los requisitos que se especifican en el criterio diagnóstico A del DSM-IV.
  - Listado de síntomas: 18 ítems que exploran los síntomas que figuran en los criterios B-D del DSM-IV. Los ítems son de respuesta dicotómica (sí o no) y el marco de referencia temporal es muy amplio: cualquier momento después del acontecimiento.
- Es un cuestionario autoaplicado.
- Está validada en español (Bobes y cols., 2000).

Corrección e interpretación

- El apartado del listado de síntomas es el único al que se le asignan puntuaciones. Sí puntúa 1 y no, 0. La puntuación en este apartado se obtiene sumando los puntos de los 18 ítems.
- Los autores no han proporcionado puntos de corte. A mayor puntuación, mayor gravedad.

Referencias complementarias

Bobes J, Calcedo-Barba A, García M, Francois M, Rico-Villademoros F, González MP, Bascarán MT, Bousoño M y Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. Actas Esp Psiquiatr 2000; 28: 207-218.

Escalona R, Tupler LA, Saur CD, Krishnan KR, Davidson JR. Screening for trauma history on an inpatient affective disorders unit: A pilot study. J Trauma Stress 1997; 10: 299-305.

7.19. Escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del TEPT (TOP-8)

Autores	J. R. T. Davidson, J. T. Colket.
Referencia	*The eight-item treatment-outcome post-traumatic stress disorder scale: A brief measure to assess treatment outcome in post-traumatic stress disorder.* Int Clin Psychopharmacol 1997; 12: 41-45.
Evalúa	Los resultados del tratamiento mediante la evaluación de la gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático.
N.º de ítems	8.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La TOP-8 es una escala derivada de la Escala de Gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático (SI-PTSD), con la intención de crear una escala específica para evaluar el resultado del tratamiento. Para ello seleccionaron los ítems que habían demostrado: *a)* ser frecuentes en la población con TEPT; *b)* ser sensibles a los efectos del tratamiento, y *c)* que covariaran con el resto de los ítems de la escala.
- Consta de 8 ítems que representan adecuadamente los tres criterios sintomatológicos para el diagnóstico de TEPT según el DSM-IV (criterios B-D).
- Los ítems se puntúan mediante una escala tipo Likert de intensidad que oscila entre 0 (ausencia del síntoma) y 4 (gravedad extrema).
- Es una escala heteroaplicada. El tiempo de administración oscila entre 5 y 10 minutos.
- Está validada en español (Bobes y cols., 2000).

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando la puntuación en cada ítem, y oscila entre 0 y 32.
- Los autores proponen los siguientes puntos de corte:
  - 0-7: sin TEPT.
  - ≥ 12: TEPT seguro.
  - Descenso ≥ 40 % en la puntuación respecto a la visita inicial: respuesta clínica al tratamiento.

Referencias complementarias

Bobes J, Calcedo-Barba A, García M, Francois M, Rico-Villademoros F, González MP, Bascarán MT, Bousoño M y Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. Actas Esp Psiquiatr 2000; 28: 207-218.

Connor KM, Davidson JRT. Further psychometric assessment of the TOP-8: A brief interview-based measure of PTSD. Depression and Anxiety 1999; 9: 135-137.

7.20. Índice Global de Duke para el Trastorno de Estrés Postraumático (Duke Global Rating Scale for PTSD, DGRP)

Autores	J. R. T. Davidson, R. H. Weisler, M. Malik, L. A. Tupler.
Referencia	*Fluvoxamine in civilians with posttraumatic stress disorder.* J Clin Psychopharmacol 1998; 18: 93-95.
Evalúa	La evolución global del trastorno de estrés postraumático.
N.º de ítems	4.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La DGRP es una escala diseñada para realizar una evaluación global del TEPT. Resulta especialmente útil en la medida de los resultados del tratamiento.
- Consta de 4 ítems, los 3 primeros evalúan la mejoría experimentada en cada uno de los 3 grupos de criterios sintomatológicos (criterios B-D del DSM-IV), y el cuarto ítem evalúa la mejoría global del cuadro.
- Los ítems se puntúan con una escala Likert de 7 valores que oscila entre 1 (muchísimo mejor) y 7 (muchísimo peor).
- El marco de referencia temporal es la situación actual comparada con el estado al inicio del tratamiento.
- Es una escala heteroaplicada.
- Está validada en español (Bobes y cols., 2000).

Corrección e interpretación

- Se trata de una escala descriptiva en la que la información clínica la proporciona directamente la puntuación en cada ítem: han mejorado o no cada criterio sintomatológico y el cuadro global, y cuánto lo han hecho.

Referencias complementarias

Bobes J, Calcedo-Barba A, García M, Francois M, Rico-Villademoros F, González MP, Bascarán MT, Bousoño M y Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. Actas Esp Psiquiatr 2000; 28: 207-218.

7.21. Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada de Carroll y Davidson

Autores	B. J. Carroll, J. R. T. Davidson.
Referencia	*Sin publicar.*
Evalúa	Detección del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) según criterios DSM-IV.
N.º de ítems	12.
Administración	Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN

- Desarrollada con la intención de crear un instrumento sencillo y rápido para la identificación de los pacientes con TAG según los criterios del DSM-IV.
- Consta de 12 ítems de respuesta dicotómica (sí o no) que determinan la presencia o ausencia de los criterios DSM-IV para el TAG. De los 12 ítems:
  - Ocho hacen referencia a ansiedad psíquica (nerviosismo, preocupación, inquietud, concentración).
  - Uno a las dificultades del sueño.
  - Uno a la tensión muscular.
  - Los dos últimos evalúan la interferencia con la vida diaria y la necesidad de solicitar ayuda.
- El marco de referencia temporal está claramente establecido: la mayoría de los días de los últimos 6 meses, que se corresponde con el criterio temporal para el TAG del DSM-IV.
- Se trata de una escala autoaplicada.
- Se encuentra en la actualidad en proceso de adaptación y validación al castellano (Bobes y cols., 2002).

7.22. Cuestionario de Screening de Ansiedad (Anxiety Screening Questionnaire, ASQ-15)

Autores	H. U. Wittchen, P. Boyer.
Referencia	*Screening for anxiety disorders. Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15).* Br J Psychiatr 1998; 173 (Suppl 34): 10-17.
Evalúa	Detección del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y otros síndromes de ansiedad.
N.º de ítems	15.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El ASQ-15 es un instrumento sencillo, derivado del M-CIDI (Munich Composite International Diagnostic Interview), para la detección del TAG y otros síndromes de ansiedad.
- El ASQ-15 consta de 15 ítems de respuesta dicotómica sí o no que se agrupan en 3 secciones:
  - *Motivo de acudir a consulta.* Ítem 1: no es un ítem diagnóstico y puede utilizarse para clarificar otros problemas.
  - *Diagnósticos.* Ítems 2-7:
    - Cada uno de estos 6 ítems evalúa un diagnóstico distinto y se utiliza como elemento llave para ese diagnóstico.
    - Los diagnósticos evaluados son: trastorno depresivo mayor, trastorno y síndrome de pánico, trastorno de ansiedad social, agorafobia, trastorno de estrés postraumático y estrés agudo y TAG.
    - Si la respuesta a estos 6 ítems es negativa se finaliza la realización del cuestionario.
  - TAG. Ítems 8-15:
    - Además de evaluar fielmente los criterios diagnósticos del TAG, también sirve para evaluar síndromes de ansiedad subclínicos.
    - Estos ítems evalúan los siguientes aspectos: contenidos de las preocupaciones y ansiedad (ítems 8-10); dificultad para controlar las preocupaciones (ítems 11-12); ítem 13, consta de 11 subítems (13a-13k) que evalúan síntomas físicos de ansiedad; los 6 primeros son los específicos del TAG, los 5 restantes corresponden a los síntomas que incluye la CIE-10. Ítem 14, evalúa el impacto sobre la vida del paciente; ítem 15, evalúa el criterio temporal preguntando al paciente desde cuándo presenta todos los síntomas que ha comentado.
- El marco de referencia temporal es distinto para cada uno de los ítems y está claramente especificado al iniciar el ítem.
- Se trata de un cuestionario autoaplicado.

7.23. Inventario de Evaluación del TAG (GADI)

Autores	S. V. Argyropoulos, T. S. Wright, S. E. Forshall, D. J. Nutt.
Referencia	© *Unidad de Psicofarmacología, Universidad de Bristol.* Pendiente de publicación.
Evalúa	Trastorno de ansiedad generalizada.
N.º de ítems	22.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- Se trata de un instrumento autoaplicado. Cada ítem ha de ser valorado por el paciente según una escala tipo Likert de 5 grados de intensidad entre 0 (en absoluto) y 4 (el síntoma está presente en grado extremo).
- El marco de referencia temporal son las dos últimas semanas.
- Es útil para evaluar la presencia o ausencia de los síntomas trastorno de ansiedad generalizada y su intensidad.
- Se encuentra traducida al español.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación global suma de las puntuaciones en los 22 ítems. El rango de puntuación posible oscila por tanto entre 0 y 88 puntos.
- No existen puntos de corte publicados; a mayor puntuación, mayor gravedad de la sintomatología.

CAPÍTULO 8

Instrumentos de evaluación para los trastornos asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

8.1.1. Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, EDI)

Autores	D. M. Garner, M. P. Olmsted, J. Polivy.
Referencia	*Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia.* Int J Eat Disord 1983; 2: 15-34.
Evalúa	Rasgos psicológicos y comportamentales comunes a anorexia y bulimia nerviosas.
N.º de ítems	64.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El EDI es un cuestionario diseñado para evaluar rasgos psicológicos y comportamentales comunes a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa.
- Consta de 64 ítems que se agrupan en 8 subescalas diferentes:
  - Impulso a la delgadez (7 ítems).
  - Sintomatología bulímica (7 ítems).
  - Insatisfacción corporal (9 ítems).
  - Inefectividad y baja autoestima (10 ítems).
  - Perfeccionismo (6 ítems).
  - Desconfianza interpersonal (7 ítems).
  - Conciencia interoceptiva (10 ítems).
  - Miedo a madurar (8 ítems).
- Cada ítem presenta 6 posibles respuestas que van de «siempre» a «nunca» y de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a 3). Por ello, la puntuación total de este cuestionario puede oscilar entre 0 y 192.
- Desde el punto de vista clínico posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las 8 subescalas que la puntuación total.
- Es un instrumento autoaplicado.
- Existe una versión revisada (EDI-2), validada en español, constituida por 91 ítems (27 ítems nuevos) que se agrupan en 11 subescalas:
  - Las ocho que evalúa el EDI.
  - Otras tres más: ascetismo, impulsividad e inseguridad social.

Corrección e interpretación

- Proporciona un perfil de las 8 áreas anteriormente señaladas.
- La puntuación en cada área se obtiene sumando las puntuaciones parciales de los ítems que la componen:
  - Impulso a la delgadez: ítems 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49 (en los ítems 7, 11, 16, 25, 32 y 49: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En el ítem 1: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
  - Sintomatología bulímica: ítems 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61 (en todos los ítems: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos).
  - Insatisfacción corporal: ítems 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62 (en los ítems 2, 9, 45 y 59: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En los ítems 12, 19, 31, 55 y 62: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
  - Inefectividad y baja autoestima: ítems 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56 (en los ítems 10, 18, 24, 27, 41 y 56: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En los ítems 20, 37, 42 y 50: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
  - Perfeccionismo: ítems 13, 29, 36, 43, 52, 63 (en todos los ítems: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos).

- ○ Desconfianza interpersonal: ítems 15, 17, 23, 30, 34, 54, 57 (en los ítems 34 y 54: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En los ítems 15, 17, 23, 30, y 57: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
- ○ Conciencia interoceptiva: ítems 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64 (en los ítems 8, 21, 33, 40, 44, 47, 51 60 y 64: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En el ítem 26: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
- ○ Miedo a madurar: ítems 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58 (en los ítems 3, 6, 14, 35 y 48: siempre, 3 puntos; habitualmente, 2 puntos; a menudo, 1 punto; resto, 0 puntos. En los ítems 22, 39 y 58: nunca, 3 puntos; raramente, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).

- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor presencia del rasgo.
- Se facilitan puntuaciones obtenidas en las distintas subescalas del EDI en población española con anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN):

Impulso a la delgadez

	Media (DE)	*Percentil 5*	*Percentil 25*	*Percentil 50*	*Percentil 75*	*Percentil 95*
AN	13,08 (5,23)	1,60	10,00	14,00	17,00	20,40
BN	15,83 (3,50)	9,00	13,75	16,00	18,00	21,00

Sintomatología bulímica

	Media (DE)	*Percentil 5*	*Percentil 25*	*Percentil 50*	*Percentil 75*	*Percentil 95*
AN	4,99 (5,94)	0,00	0,00	2,50	8,75	18,00
BN	11,00 (5,24)	2,15	7,00	11,00	15,00	20,00

Insatisfacción corporal

	Media (DE)	*Percentil 5*	*Percentil 25*	*Percentil 50*	*Percentil 75*	*Percentil 95*
AN	13,21 (7,67)	1,65	7,00	12,00	21,00	26,00
BN	18,30 (6,78)	5,15	13,00	20,00	24,00	27,00

Inefectividad y baja autoestima

	Media (DE)	*Percentil 5*	*Percentil 25*	*Percentil 50*	*Percentil 75*	*Percentil 95*
AN	13,14 (7,02)	2,00	7,00	13,00	19,00	24,35
BN	12,45 (5,92)	3,00	8,00	12,00	16,25	23,85

Perfeccionismo

	Media (DE)	*Percentil 5*	*Percentil 25*	*Percentil 50*	*Percentil 75*	*Percentil 95*
AN	8,29 (4,06)	1,00	6,00	8,50	12,00	14,35
BN	7,81 (4,38)	1,00	5,00	7,00	11,00	15,00

Desconfianza interpersonal

	Media (DE)	*Percentil 5*	*Percentil 25*	*Percentil 50*	*Percentil 75*	*Percentil 95*
AN	7,17 (4,39)	0,65	3,25	7,00	10,00	15,35
BN	6,53 (4,78)	0,00	2,00	6,00	10,00	16,00

Conciencia interoceptiva

	Media (DE)	*Percentil 5*	*Percentil 25*	*Percentil 50*	*Percentil 75*	*Percentil 95*
AN	12,12 (5,47)	2,65	8,00	13,00	17,00	20,70
BN	14,56 (6,15)	5,15	10,00	14,00	18,00	25,00

Miedo a madurar

	Media (DE)	*Percentil 5*	*Percentil 25*	*Percentil 50*	*Percentil 75*	*Percentil 95*
AN	8,81 (5,37)	2,00	5,00	7,50	12,75	19,35
BN	7,86 (4,76)	2,00	4,00	6,50	11,00	17,00

Referencias complementarias

Corral S, González M, Pereña J, Seisdedos N. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Tea, 1998.

Fernández Aranda F, Turón Gil V. Valores estadísticos en pacientes con trastornos de la alimentación. En: Fernández Aranda F, Turón Gil V, eds. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson, 1998; 251-263.

Garner DM. Eating disorder inventory-2 professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1993.

Sáiz PA, González MP, Bascarán MT, Fernández JM, Bousoño M, Bobes J. Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: un estudio preliminar. Actas Esp Psiquiatr 1999; 27: 367-374.

8.1.2. Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-40)

Autores	D. M. Garner, P. E. Garfinkel.
Referencia	*The Eating Attitudes Test.* Psychol Med 1979; 9: 273-279.
Evalúa	Síntomas y conductas comunes en anorexia nerviosa.
N.º de ítems	40.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El EAT es un cuestionario diseñado para evaluar síntomas y conductas comunes en anorexia nerviosa, proporcionando asimismo un índice de gravedad del trastorno.
- Consta de 40 ítems que se agrupan en 7 factores diferentes:
  - Preocupación por la comida.
  - Imagen corporal con tendencia a la delgadez.
  - Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos.
  - Restricción alimentaria (dieta).
  - Comer lentamente.
  - Comer clandestinamente.
  - Presión social percibida para aumentar peso.
- Cada ítem presenta 6 respuestas posibles que van de siempre a nunca y de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a 3). Por ello, la puntuación total del cuestionario puede oscilar entre 0 y 120 puntos.
- Los mismos autores han desarrollado una versión abreviada, el EAT-26, que consta de 26 preguntas que se agrupan en tres factores:
  - Restricción alimentaria (dieta).
  - Bulimia y preocupación por la comida.
  - Control oral.
- En el caso del EAT-26 la puntuación total oscila entre 0 y 78.
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que permite distinguir entre pacientes anoréxicos y población normal, y entre pacientes bulímicos y población normal, pero no distingue anoréxicos de bulímicos.
- Las puntuaciones que suelen obtener los obesos son cercanas a las proporcionadas por poblaciones normales.
- Los comedores compulsivos se sitúan entre la normalidad y los trastornos del comportamiento alimentario.
- La puntuación total del EAT-40 se obtiene sumando las puntuaciones de los 40 ítems que componen el test:
  - En los ítems 1, 18, 19, 23, 27 y 39 (nunca, 3 puntos; casi nunca, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
  - En el resto de ítems (siempre, 3 puntos; casi siempre, 2 puntos; bastantes veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
- La puntuación total del EAT-26 se obtiene sumando las puntuaciones de los 26 ítems que componen el test:
  - En los ítems 1 y 25 (nunca, 3 puntos; casi nunca, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
  - En el resto de ítems (siempre, 3 puntos; casi siempre, 2 puntos; bastantes veces, 1 punto; resto, 0 puntos).
- Los autores proponen como punto de corte en el EAT-40: una puntuación total de 30 (en el caso del EAT-26 el punto de corte propuesto es de 20).
- Se facilitan puntuaciones obtenidas en el EAT-40 en población española con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa:

	Media (DE)	*Percentil 5*	*Percentil 25*	*Percentil 50*	*Percentil 75*	*Percentil 95*
AN	61,46 (18,90)	34,00	44,50	61,00	74,25	95,25
BN	55,49 (15,41)	33,00	43,00	55,50	66,00	85,00

Referencias complementarias

Castro J, Toro J, Salamero M, Guimera E. The Eating Attitudes Test: validation of the spanish version. Psychol Assess 1991; 7: 175-190.

Fernández Aranda F, Turón Gil V. Valores estadísticos en pacientes con trastornos de la alimentación. En: Fernández Aranda F, Turón Gil V, eds. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson, 1998; 251-263.

Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med 1982; 12: 871-878.

8.1.3. Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE)

Autores	M. Henderson, C. P. Freeman.
Referencia	*A self-rating scale for bulimia. The «BITE»*. Br J Psychiatry 1987; 150: 18-24.
Evalúa	Presencia y gravedad de síntomas de bulimia o atracones *(binge-eating)*.
N.º de ítems	33.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El BITE es un cuestionario diseñado para identificar a aquellos sujetos que presentan síntomas bulímicos.
- Consta de 33 ítems que se agrupan en 2 subescalas diferentes:
  - Escala de síntomas (30 ítems).
  - Escala de gravedad (3 ítems).
- La escala de síntomas evalúa el número y grado de los síntomas que están presentes y la de gravedad proporciona un índice de la gravedad del trastorno, teniendo en cuenta la frecuencia con que se presentan las conductas patológicas.
- Cada ítem de la escala de síntomas cuenta con dos posibles respuestas (sí/no). Cada ítem de la escala de gravedad cuenta con varias posibles respuestas que indican frecuencia.
- Si se emplea como instrumento para detectar posibles pacientes bulímicos, dentro en un determinado grupo de personas, las respuestas han de corresponder a los últimos 3 meses. Si se emplea para evaluar respuesta al tratamiento, las contestaciones han de corresponder al último mes.
- Se trata de un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Proporciona dos puntuaciones, una de síntomas y otra de gravedad.
- La puntuación en la escala de síntomas se obtiene sumando las puntuaciones parciales de los diferentes ítems que la componen y oscila entre 0 y 30:
  - Ítems 1, 13, 21, 23 y 31: no, 1 punto; sí, 0 puntos.
  - Ítems 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32 y 33: no, 0 puntos; sí, 1 punto.
- La puntuación en la escala de gravedad se obtiene sumando los puntos obtenidos en las preguntas 6, 7 y 27.
- Puntos de corte:
  - Escala de síntomas:
    - < 10: ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida.
    - 10-20: patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa).
    - 15-20: posible bulimia nerviosa subclínica.
    - > 20: patrón de comportamiento muy alterado (posible bulimia nerviosa).
- Escala de gravedad:
  - 5-10: gravedad significativa.
  - > 10: gran gravedad.

Referencias complementarias

Cervera S, Gual MP, Lasa L, Prat O, Zandio M, Hernández C y cols. Protocolo de atención a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Navarra: Clínica Universitaria, Universidad de Navarra, 1995.

8.1.4. Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner

Autores	R. M. Gardner, K. Stark, N. Jackson, B. N. Friedman.
Referencia	*Development and validation of two new scales for assessment of body-image.* Percept Mot Skills 1999; 87: 981-993.
Evalúa	Distorsiones de la imagen corporal de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.
N.º de ítems	1.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- Es una escala compuesta por 13 siluetas que representan la silueta de la figura humana sin atributos reconocibles.
- La silueta central representa la mediana de la distribución de peso para la población de referencia (edad media de 19 años y peso de 63,99 kg). A ambos lados de ésta se sitúan otras 6 siluetas que representan en orden creciente y decreciente el incremento y decremento progresivo de peso (5, 10, 15, 20, 25 y 30 %). Uno de los extremos representa una figura extremadamente obesa, y el otro, delgada.
- Se trata de una escala autoaplicada y heteroaplicada:
  - La paciente realiza dos valoraciones: marca las siluetas que mejor representen:
    - Con una cruz (X) su percepción actual de su imagen corporal.
    - Con un círculo (O) su imagen ideal.
  - El evaluador marca con un asterisco (*) la imagen real de la paciente.
- La figura central puntúa como 0, las figuras a su derecha puntúan progresivamente de 1 a 6 y las de su izquierda de –1 a –6 a medida que se alejan de la central.
- Existe adaptación española en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria y grupo control (Rodríguez Campayo y cols., 2003).

Corrección e interpretación

- Proporciona medida de la imagen percibida, la ideal y la real, y dos índices:
  - Índice de insatisfacción con la imagen corporal: diferencia entre la imagen percibida y la deseada.
  - Índice de distorsión de la imagen corporal: diferencia entre la imagen percibida y la real.

Referencias complementarias

Rodríguez Campayo MA, Beato Fernández L, Rodríguez Cano T, Martínez-Sánchez F. Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Actas Esp Psiquiatr 2003; 31: 59-64.

8.1.5. Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA)

Autores	L. Beato Fernández, T. Rodríguez Cano.
Referencia	*El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA)*. Actas Esp Psiquiatr 2003; 31(3): 111-119.
Evalúa	Motivación ante el tratamiento en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.
N.º de ítems	59.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- Se trata de un cuestionario diseñado para evaluar las actitudes ante el cambio en 3 áreas: cognitiva, conductual y afectiva de los pacientes con TCA. El modelo teórico en el que se basa es el de las fases del cambio propuesto por Prochaska y DiClemente.
- La versión final consta de 59 ítems que se agrupan en seis subescalas que se corresponden con los seis estados del cambio de Prochaska y DiClemente:
  - Precontemplación: constituida por 10 ítems, hace referencia a la fase en la que los pacientes no reconocen que tiene un problema o la necesidad de cambio y rechazan considerar la presencia de una enfermedad.
  - Contemplación: 11 ítems que evalúan la ambivalencia extrema característica de esta fase, en la que el sujeto reconoce que tiene un problema pero todavía no ha decidido cambiar.
  - Decisión: 11 ítems, en esta fase el sujeto ya acepta la necesidad de cambiar en el futuro sus hábitos alimentarios.
  - Acción: 10 ítems que evalúan la puesta en marcha de las acciones que conllevarían a la modificación o eliminación de la conducta problema.
  - Mantenimiento: 10 ítems que evalúan la estabilidad de los cambios producidos en la fase anterior.
  - Recaída: 7 ítems que miden la percepción subjetiva de empeoramiento que puede tener el sujeto.
- El cuestionario es autoaplicado; el propio paciente ha de contestar todos los ítems mediante una escala Likert de frecuencia de 5 grados que oscila entre 0 (no/nunca) y 4 (sí/siempre) excepto en 3 ítems (12, 15 y 25) que puntúan en sentido inverso: 4 (no/nunca) y 0 (sí/siempre).
- El marco de referencia temporal es «los últimos días».
- Su uso es imprescindible para la planificación terapéutica en este tipo de pacientes.

Corrección e interpretación

- Proporciona puntuaciones en cada una de las seis subescalas:
  - Precontemplación: ítems: 2, 7, 11, 14, 16, 20, 32, 39, 56, 59. La puntuación en la subescala es igual a la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems.
  - Contemplación: ítems 4, 9, 13, **25**, 29, 30, 33, 38, 43, 45, 53. El ítem 25 puntúa en sentido inverso. La puntuación en la subescala es igual a la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems dividida entre 1.1.
  - Decisión: ítems 17, 19, 23, 31, 34, 36, 40, 48, 50, 54, 57. La puntuación en la subescala es igual a la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems dividida entre 1.1.
  - Acción: ítems 3, 22, 26, 27, 35, 42, 44, 46, 47, 52. La puntuación en la subescala es igual a la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems.
  - Mantenimiento: ítems 1, 5, 6, 8, 10, **12**, **15**, 21, 28, 55. Los ítems 12 y 15 puntúan en sentido inverso. La puntuación en la subescala es igual a la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems.
  - Recaída: ítems 18, 24, 37, 41, 49, 51, 58. La puntuación en la subescala es igual a la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems dividida entre 0,7.

- La puntuación final de las subescalas proporciona una información general de la motivación que tiene el paciente para cambiar sus hábitos alimentarios anormales. No existen puntos de corte establecidos.
  - Puntuaciones altas en la subescala de precontemplación y contemplación informan de que el paciente tiene poca motivación para resolver su trastorno.
  - Puntuaciones altas en las subescalas de acción y mantenimiento sugieren que el paciente está altamente motivado para solucionar su problema.

Referencias complementarias

Beato Fernández L, Rodríguez Cano T. Entrevista motivacional y actitudes ante el cambio en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario. Adicciones 2003; 15: 51-56.

Prochaska JO, Velice WF, DiClemente CC, Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. J Consulting Clin Psychol 1988; 56: 520-528.

Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L. Attitudes towards Change and treatment outcome in Eating Disorders. Int J Eat Dis. En prensa.

8.2.1. Cuestionario Oviedo de Calidad del Sueño (COS)

Autores	J. Bobes, M. P. González, P. A. Sáiz, M. T. Bascarán, C. Iglesias, J. M. Fernández.
Referencia	*Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño.* Psicothema 2000; 12: 107-112.
Evalúa	La presencia de trastornos de sueño (insomnio e hipersomnio) según el DSM-IV y la CIE-10.
N.º de ítems	15.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- El COS es una entrevista semiestructurada breve de ayuda diagnóstica para los trastornos del sueño del tipo insomnio e hipersomnio según los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10.
- De los 15 ítems, 13 forman la escala propiamente dicha y dos son de tipo descriptivo para facilitar información al clínico sobre parasomnias y trastornos de tipo orgánico (COS-10), y sobre el tipo y frecuencia de uso de cualquier tipo de ayuda para dormir (fármacos, hierbas, aparatos, etc.) (COS-11).
- Los 13 ítems que componen la escala se agrupan en 3 subescalas:
  - Satisfacción subjetiva con el sueño: formada por 1 ítem (COS-1). Para puntuarlo se utiliza una escala Likert de satisfacción de 7 valores que oscilan entre 1 (muy insatisfecho) y 7 (muy satisfecho).
  - Insomnio: formada por 9 ítems (COS-21-COS-24, COS-3-COS-7) que se puntúan con una escala Likert de 5 valores (de 1 a 5) en la que a mayor puntuación, mayor gravedad.
  - Hipersomnio: formado por 3 ítems (COS-25, COS-8, y COS-9) que tiene el mismo sistema de puntuación que la subescala anterior.
- El marco de referencia temporal es el mes previo.
- Es una escala heteroaplicada.

Corrección e interpretación

- Al ser un instrumento de ayuda diagnóstica las subescalas proporcionan información categorial, aunque la subescala de insomnio proporciona también información dimensional de gravedad.
- La subescala de satisfacción subjetiva con el sueño indica el grado de satisfacción del sujeto con su conducta de sueño. No hay punto de corte. A mayor puntuación, mayor satisfacción.
- La subescala de insomnio proporciona información categorial e información dimensional:
  - Categorial: habrá insomnio según la CIE-10 cuando se cumplan las siguientes 2 condiciones:
    - Ítems COS-21-COS-24: al menos en 1 de los 4 la puntuación es de 3 (3 días a la semana).
    - Ítem COS-7: al menos una puntuación de 3 (3 días a la semana).

    Habrá insomnio según el DSM-IV cuando se cumplan las siguientes 2 condiciones:
    - Ítems COS-21-COS-24: al menos en 1 de los 4 la puntuación es de 5 (6-7 días a la semana).
    - Ítem COS-7: puntuación de 5 (6-7 días a la semana).
  - Dimensional: la puntuación de gravedad del insomnio se obtiene sumando las puntuaciones en cada 1 de los 9 ítems de la escala. Esta puntuación puede oscilar entre 9 y 45. No existen puntos de corte sino tablas de transformación de la puntuación directa en percentiles.

	Percentil 5	*Percentil 25*	*Percentil 50*	*Percentil 75*	*Percentil 95*
Puntuación directa	14	24	30	36	43

- La subescala de hipersomnio proporciona únicamente información categorial. Habrá hipersomnio (tanto según la CIE-10 como según el DSM-IV) si se cumplen las siguientes condiciones:
  - Ítems COS-21-COS-24: en todos ellos la puntuación será de 1 (nunca).
  - Ítems COS-25, COS-8 y COS-9: en todos ellos la puntuación será de 5 (6-7 días a la semana).

Referencias complementarias

Bobes J, González MP, Vallejo J, Sáiz J, Gibert J, Ayuso JL, Rico F. Oviedo Sleep Questionnaire (OSQ): A new semistructured interview for sleep disorders. Eur Neuropsychopharmacol 1998; 8 (Suppl 2): S162.

8.2.2. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

Autores	D. J. Buysse, C. F. 3rd Reynolds, T. H. Monk, S. R. Berman, D. J. Kupfer.
Referencia	*The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research.* Psychiatry Res 1989; 28: 193-213.
Evalúa	La calidad del sueño en población clínica.
N.º de ítems	19 (24).
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El PSQI fue diseñado para evaluar la calidad del sueño en los pacientes psiquiátricos.
- Consta de un total de 24 ítems, aunque el índice de calidad de sueño se calcula basándose sólo en 19 de ellos. Esos 19 ítems se agrupan en siete dimensiones:
  - Calidad de sueño subjetiva.
  - Latencia de sueño.
  - Duración de sueño.
  - Eficiencia habitual de sueño.
  - Perturbaciones del sueño (tos, ronquidos, calor, frío, necesidad de levantarse para ir al baño).
  - Uso de medicación para el sueño.
  - Disfunción diurna (hipersomnia y cansancio).
- Es un índice autoaplicado; la mayor parte de los ítems se contestan utilizando una escala Likert de 4 grados, donde 0 significa ausencia de problemas y 3, problemas graves.
- El marco de referencia temporal es el mes previo.
- Los otros 5 ítems de la escala son contestados por el/la compañero/a de habitación/cama, y no se incluyen a la hora de obtener las puntuaciones del PSQI.
- Ha sido adaptada y validada al español por Macías y Royuela (1996).

Corrección e interpretación

- Proporciona un perfil del sueño (las puntuaciones en cada una de las siete dimensiones) y una puntuación global de calidad del sueño.
  - Las puntuaciones en cada dimensión se obtienen con la media aritmética de las puntuaciones en los ítems que la componen. El valor oscilará entre 0 (no hay problemas en esa dimensión) y 3 (problemas graves).
  - La puntuación global se calcula sumando las puntuaciones en las 7 dimensiones; el rango posible va de 0 a 21.
    - El punto de corte se sitúa en 5/6; puntuaciones ≤ 5 indican buena calidad del sueño, mientras que puntuaciones ≥ 6 sugieren mala calidad.

Referencias complementarias

Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. J Psychosom Res 2002; 53: 737-740.

Carpenter JS, Andrykowski MA. Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. J Psychosom Res 1998; 45: 5-13.

Macías Fernández JA, Royuela Rico A. La versión española del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. Informaciones Psiquiátricas 1996; 146: 465-472.

Royuela Rico A, Macías Fernández JA. Calidad de sueño en pacientes ansiosos y depresivos. Psiquiatría Biológica 1997; 4: 225-230.

Royuela Rico A, Macías Fernández JA. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del Cuestionario de Pittsburg. Vigilia-Sueño 1997; 9 (2).

8.3.1. Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (Changes in Sexual Functioning Questionnaire, CSFQ)

Autores	A. H. Clayton, E. L. McGarvey, G. J. Clavet.
Referencia	*The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, reliability, and validity.* Psychopharmacol Bull 1997; 33: 731-745.
Evalúa	Los cambios en el funcionamiento sexual, tanto secundarios a enfermedad como a medicación.
N.º de ítems	36 para los varones y 34 para las mujeres.
Administración	Heteroaplicada y autoaplicada.

Descripción

- El CSFQ es un instrumento diseñado para seguir de forma sistemática los cambios en el funcionamiento sexual de los pacientes, ya sean debidos a la enfermedad y/o a la medicación.
- El cuestionario es distinto según se trate de varones o mujeres. La versión de los varones consta de 36 ítems y la de las mujeres de 24. En ambas versiones, tan sólo 12 ítems forman la escala propiamente dicha. Los ítems restantes (24 en los varones y 22 en las mujeres) facilitan información adicional relevante al clínico.
- Los 12 ítems que forman la escala propiamente dicha se agrupan en las siguientes 5 dimensiones:
  - Deseo/frecuencia: ítems 8 y 16.
  - Deseo/interés: ítems 11,17 y 18.
  - Placer: ítem 5.
  - Activación/excitación: ítems 19, 20 y 21.
  - Orgasmo: ítems 24, 25 y 27.
- Los ítems se puntúan siguiendo una escala Likert de 5 valores que unas ocasiones hace referencia a frecuencia, otras a intensidad, etc. En todos los casos, el 1 significa lo peor (nunca, ningún disfrute) y 5 lo mejor (diariamente, muchísimo).
- Utiliza dos marcos de referencia temporales: en primer lugar se le pregunta por toda su vida y después por el momento actual (son los ítems que forman las escalas).
- Es una escala heteroaplicada, pero si el paciente lo prefiere puede utilizarse en forma autoaplicada. El tiempo de administración oscila entre 15 y 20 minutos.
- Al ser un instrumento diseñado para seguir los cambios, lógicamente existe una versión de seguimiento que es una versión abreviada del CSFQ.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total y puntuaciones en cada una de las 5 subescalas o dimensiones.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en los 12 ítems que conforman la escala propiamente dicha más otros 2 ítems; en el caso de los varones los ítems número 28 y 32, y en el caso de las mujeres los ítems 22 y 28. Las puntuaciones oscilan por tanto entre 14 y 70.
- La puntuación en cada una de las subescalas se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems que las forman.
- Los puntos de corte propuestos por los autores para diferenciar entre problemas y ausencia de ellos son los siguientes:
  - Deseo/frecuencia: varones, 8; mujeres, 6.
  - Deseo/interés: varones, 11; mujeres, 9.
  - Placer: en ambos sexos, 4.
  - *Arousal*/excitación: varones, 13; mujeres, 12.
  - Orgasmo: varones, 13; mujeres, 11.
  - Función sexual global: varones, 47; mujeres, 41.

Referencias complementarias

Bobes J, González MP, Rico-Villademoros F, Bascarán MT, Sarasa P, Clayton A. Validation of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). J Sex Marital Ther 2000; 26: 119-131.

Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ, Piazza L. Comparison of sexual functioning in clinical and nonclinical populations using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). Psychopharmacol Bull 1997; 33: 747-753.

8.3.2. Índice Internacional de Función Eréctil (International Index of Erectile Function, IIEF)

Autores	R. C. Rosen, A. Riley, G. Wagner, I. H. Osterloh, J. Kirpatrick, A. Mishra.
Referencia	*The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction.* Urology 1997; 49: 822-830.
Evalúa	Disfunción eréctil.
N.º de ítems	15.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- Desarrollada con la intención de crear un instrumento breve, psicométricamente válido y que no fuera molesto para los pacientes para la evaluación de la disfunción eréctil.
- Consta de 15 ítems que evalúan la presencia de problemas en las distintas fases de la respuesta sexual humana (deseo, erección, eyaculación y orgasmo), y cómo éstos han afectado a la vida sexual del paciente (satisfacción en la relación sexual y satisfacción global).
- Para contestar a cada ítem, el paciente ha de utilizar una escala tipo Likert, unas veces de frecuencia, otras de intensidad, y otras de satisfacción, que oscila entre:
  - 0: No tuvo o no intentó una relación sexual (en los ítems 1 a 10, los ítems 11-15 empiezan en 1: casi nunca o nunca).
  - 5: Casi siempre o siempre no tuvo los problemas que ese ítem explora.
- Se trata de una escala autoaplicada. Al principio de la escala se proporciona al paciente un pequeño glosario con los términos que se utilizan para facilitar la correcta comprensión de lo que se le pregunta.
- El marco de referencia temporal son las 4 últimas semanas.
- Está validada en español.

Corrección e interpretación

- Proporciona 5 puntuaciones parciales que hacen referencia a los siguientes aspectos del funcionamiento sexual:
  - Función eréctil: ítems 1-5 y 15.
    - La puntuación oscila entre 1 y 30.
    - Los puntos de corte establecidos son 6-10, disfunción eréctil grave; 11-16, moderada; 17-25, leve; 26-30, sin disfunción eréctil.
  - Función orgásmica: ítems 9 y 10.
    - Rango de puntuación: 0-10.
    - No existen puntos de corte; a menor puntuación, mayor disfunción.
  - Satisfacción en la relación sexual: ítems 6-8.
    - Rango de puntuación: 0-15.
    - No existen puntos de corte; a menor puntuación, mayor insatisfacción.
  - Deseo sexual: ítems 11-12.
    - Rango de puntuación: 2-10.
    - No existen puntos de corte; a menor puntuación, mayor disfunción.
  - Satisfacción global: ítems 13 y 14.
    - Rango de puntuación: 2-10.
    - No existen puntos de corte; a menor puntuación, mayor insatisfacción.

8.3.3. Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (MGH)

Autores	M. Fava, M. A. Rankin, J. E. Alpert, A. A. Nierenberg, J. J. Worthington.
Referencia	*An open trial of oral sildenafilin antidepressant-induced sexual dysfunction.* Psychother Psychosom 1998; 67: 328-331.
Evalúa	El funcionamiento en las distintas fases de la respuesta sexual humana.
N.º de ítems	5.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- Derivado de la Escala de Experiencia Sexual de Arizona.
- Consta de 5 ítems que evalúan las siguientes áreas de la respuesta sexual humana: interés, excitación, orgasmo, erección y satisfacción global.
- Para responder a los ítems, los pacientes han de utilizar una escala tipo Likert de intensidad con 6 valores: de 1 (mejor funcionamiento que lo normal) a 6 (ausencia total de la fase que se explora).
- El marco de referencia temporal es el último mes.
- Se trata de una escala autoaplicada.

Corrección e interpretación

- Proporciona puntuaciones en cada una de las fases de la respuesta sexual y puntuación de satisfacción global (es decir, cada ítem representa la puntuación en la fase que explora).
  - En cada una de esas puntuaciones el punto de corte establecido por los autores originales es:
    - ≤ 2: normal.
    - > 2: disfuncional.

Referencias complementarias

Labbate LA, Lare SB. Sexual dysfunction in male psychiatric outpatients: Validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire. Psychother Psychosom 2001; 70: 221-225.

8.3.4. Escala de Experiencia Sexual de Arizona (Arizona Sexual Experience Scale, ASEX)

Autores	C. A. McGahuey, A. J. Gelenberg, C. A. Laukes, F. A. Moreno, P. L. Delgado, K. M. Mcknight, R. Manber.
Referencia	*The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and validity.* J Sex Marital Ther 2000; 26: 25-40.
Evalúa	La intensidad de la disfunción sexual.
N.º de ítems	5.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La ASEX fue desarrollada con la intención de obtener un instrumento que permitiese cuantificar la disfunción sexual secundaria a la medicación psicotrópica.
- Consta de 5 ítems que cuantifican los siguientes aspectos de la respuesta sexual humana:
  - Deseo-impulso.
  - Excitación.
  - Lubricación vaginal/erección.
  - Capacidad para alcanzar el orgasmo.
  - Satisfacción-placer en el orgasmo.
- Cada ítem es puntuado por el sujeto utilizando una escala tipo Likert de 6 grados, que oscila desde 1 (no disfunción) hasta 6 (disfunción en grado extremo).
- El marco de referencia temporal es la semana pasada.
- Se trata de una escala autoaplicada.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total, suma de las puntuaciones en los 5 ítems. Dicha puntuación puede oscilar entre 6 y 30.
- A mayor puntuación, mayor disfunción sexual.

8.3.5. Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos (SALSEX)

Autores	A. L. Montejo, M. García, M. Espada, F. Rico-Villademoros, G. Llorca, J. A. Izquierdo y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales Secundarias a Psicofármacos.
Referencia	*Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos.* Actas Esp Psiquiatr 2000; 28: 141-150.
Evalúa	Disfunción sexual en relación con tratamiento psicofarmacológico.
N.º de ítems	7.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- Se trata de un instrumento de cribado de disfunción sexual diseñado para resultar mínimamente intrusivo para el paciente.
- Consta de un total de 7 ítems que evalúan los siguientes aspectos:
  - Presencia de disfunción sexual y comunicación espontánea (ítems 1 y 2).
    - Estos ítems se califican mediante una escala dicotómica sí/no.
  - Disfunciones específicas (ítems 3-6): descenso de la libido, retraso y ausencia de orgasmo/eyaculación, e impotencia/disminución de la excitación sexual.
    - Estos ítems se puntúan mediante una escala Likert de intensidad o frecuencia de 4 grados (0, no/nunca; 3, intenso/siempre).
  - Tolerancia ante la disfunción sexual (ítem 7), donde también se utiliza una escala Likert (1, buena tolerancia; 3, mala tolerancia).
- Heteroaplicado, precisa muy poco tiempo de aplicación.
- El marco de referencia temporal es «desde que toma el tratamiento farmacológico».

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación global de gravedad de la disfunción sexual, suma de las puntuaciones en los ítems 3 a 7.
  - El rango de puntuación posible oscila entre 0 y 15 puntos; a mayor puntuación, mayor gravedad de la disfunción.

Referencias complementarias

Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villadomoros F. Incidence of sexual dysfunction associated to different antidepressant agents. A prospective and multicentric study in 1022 patients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. J Clinical Psychiatry 2001; 62(Suppl 3): 10-21.

Capítulo 9

Instrumentos de evaluación para la personalidad y sus trastornos

9.1. Escala de Búsqueda de Sensaciones (forma V) (Sensation-Seeking Scale, SSS)

Autores	M. Zuckerman, S. B. G. Eysenck, H. J. Eysenck.
Referencia	*Sensation-seeking in England and America: Cross-cultural, age and sex comparisons.* J Consult Clin Psychol 1978; 46: 139-149.
Evalúa	Búsqueda de sensaciones.
N.º de ítems	40.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La SSS es una escala diseñada para evaluar búsqueda de sensaciones. Este rasgo se entiende como la necesidad de sensaciones y experiencias nuevas, variadas y complejas y el deseo de arriesgarse con el fin de obtenerlas.
- La SSS consta de 40 ítems a los que el individuo ha de contestar afirmativa o negativamente (sí o no).
- Consta de 4 subescalas de 10 ítems cada una:
  - Búsqueda de emociones (BEM): deseo de participar en actividades que requieran rapidez y peligro.
  - Búsqueda de excitación (BEX): búsqueda de nuevas experiencias a través de sensaciones y estilos de vida poco convencionales.
  - Desinhibición (DES): deseo de liberarse a través de la desinhibición social, la bebida y las fiestas.
  - Susceptibilidad hacia el aburrimiento (SAB): disgusto con la repetición de experiencias, la rutina del trabajo, inquietud cuando las cosas son monótonas.
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto y cada respuesta negativa, 0 puntos.
- Proporciona una puntuación total, que se obtiene sumando las respuestas dadas a todos los ítems y una puntuación de cada una de las cuatro subescalas incluidas:
  - BEM: sumar las puntuaciones de los ítems 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33 y 37.
  - BEX: sumar las puntuaciones de los ítems 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34 y 38.
  - DES: sumar las puntuaciones de los ítems 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35 y 39.
  - SAB: sumar las puntuaciones de los ítems 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36 y 40.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor presencia del rasgo.
- Se facilitan las medias y desviaciones estándar obtenidas por la población normativa española (v. referencia complementaria).

	BEM	*BEX*	*DES*	*SAB*	*Total*
Varones (n = 173)	6,8 (2,6)	5,7 (2,1)	5,1 (2,5)	3,6 (2,2)	21,3 (6,4)
Mujeres (n = 176)	6,1 (2,4)	5,4 (1,9)	3,0 (1,9)	3,0 (1,9)	17,7 (5,3)

Referencias complementarias

Pérez J, Torrubia R. Fiabilidad y validez de la versión española de la escala de búsqueda de sensaciones (forma V). Revista Latinoamericana de Psicología 1986; 18: 7-22.

9.2. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (International Personality Disorder Examination, IPDE)

Autores	A. W. Loranger, N. Sartorius, A. Andreoli, P. Berger, P. Buchheim, S. M. Channabasavanna y cols.
Referencia	*The International Personality Disorder Examination.* Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 215-224.
Evalúa	Trastornos de la personalidad.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- El IPDE es una entrevista semiestructurada cuyo propósito es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad según criterios DSM-IV y/o CIE-10.
- Las versiones para DSM-IV y CIE-10 no son exactamente idénticas, aunque la estructura es común en ambas, de modo que los diferentes criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante una serie de cuestiones que hacen referencia a 6 áreas de la vida del paciente:
  - Trabajo.
  - Yo.
  - Relaciones interpersonales.
  - Afectos.
  - Prueba de realidad.
  - Control de impulsos.
- La puntuación del IPDE se basa en el consenso de que un rasgo o conducta puede ser 0 (ausente o normalidad), 1 (exagerado o acentuado) y 2 (patológico o criterio positivo).
  Para puntuar un rasgo como patológico es necesario que las respuestas iniciales a las preguntas que lo evalúan sean complementadas por descripciones y ejemplos convincentes.
  Además, el criterio debe estar presente como mínimo durante 5 años, y debe ser evidente a los 25 años de edad. Si hubiese comenzado después es necesario indicarlo en la columna de inicio tardío (> 24 años).
- La información en la que el entrevistador ha de basar su puntuación puede ser obtenida también de un informante (familiar o amigo), si bien es necesario señalar este hecho.
- El IPDE cuenta con un breve Cuestionario de Evaluación IPDE autoaplicado, de cribado, en el que mediante preguntas de respuesta dicotómica (verdadero-falso) el paciente describe su conducta habitual durante los últimos 5 años. Este breve cuestionario de detección proporciona al entrevistador una rápida información acerca de qué trastorno/s de la personalidad es probable que esté/n presente/s y, a continuación, la administración del módulo completo del IPDE permitiría confirmar o descartar el diagnóstico de cribado.
- Si el tiempo de administración sobrepasa la hora u hora y media es conveniente fraccionar la entrevista en dos o más sesiones.
- Es un instrumento heteroaplicado que ha de ser utilizado por un entrevistador experto y previamente entrenado en su manejo.

Corrección e interpretación

- Para su corrección se remite al lector al manual del IPDE (v. referencia complementaria).
- El IPDE permite realizar dos tipos de valoraciones:
  - Diagnóstico de cada uno de los distintos trastornos de la personalidad:
    - Definido.
    - Probable (se cumple un criterio menos del mínimo requerido).
    - Ausente.
  - Puntuación dimensional de cada uno de los diagnósticos positivos.

Referencias complementarias

López Ibor Aliño JJ, Pérez Urdániz A, Rubio Larrosa V. IPDE. International Personality Disorder Examination. Madrid: Meditor, 1996.

9.3. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI)

Autores	A. H. Buss, A. Durkee.
Referencia	*An inventory for assessing different kinds of hostility.* J Consult Psychiatry 1957; 21: 343-348.
Evalúa	La agresividad.
N.º de ítems	75.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El BDHI es un instrumento diseñado para evaluar la agresividad.
- Consta de 75 ítems que se agrupan en 7 subescalas diferentes:
  - Violencia (10 ítems: 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57, 65 y 70).
  - Hostilidad indirecta (9 ítems: 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58 y 75).
  - Irritabilidad (11 ítems: 4, 11, 20, 27, 35, 44, 52, 60, 66, 71 y 73).
  - Negativismo (5 ítems: 3, 12, 19, 28 y 36).
  - Resentimiento (8 ítems: 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53 y 61).
  - Recelos (10 ítems: 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 62, 67 y 72).
  - Hostilidad verbal (13 ítems: 7, 15, 23, 31, 39, 43, 47, 51, 55, 59, 63, 68 y 74).
  - Culpabilidad (9 ítems: 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64 y 69).
- Cada ítem tiene dos opciones de respuesta: verdadero o falso.
- Se trata de un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total.
- Cada respuesta afirmativa equivale a 1 punto y cada respuesta negativa a 0 puntos.
- Los puntos de corte propuestos para las diferentes subescalas y para la puntuación total son los siguientes:
  - Violencia: 3.
  - Hostilidad indirecta: 6.
  - Irritabilidad: 6.
  - Negativismo: no existe punto de corte descrito en la bibliografía.
  - Resentimiento: 2.
  - Recelos: 2.
  - Hostilidad verbal: 6.
  - Culpabilidad: no existe punto de corte descrito en la bibliografía.
  - Puntuación total: 27.

Referencias complementarias

Moreno JK, Fuhriman A, Selby MJ. Measurement of hostility, anger, and depression in depressed and nondepressed subjects. J Pers Assess 1993; 61: 511-523.

Oquendo MA, Graver R, Baca-García E, Morales M, Montalbán V, Mann JJ. Spanish adaptation of Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI). Eur J Psychiatry 2001; 15: 101-112.

9.4. Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)

Autor	E. S. Barratt.
Referencia	*Impulsiveness and agression. Violence and mental disorder. Development in risk assessment.* En: Monahan J, Steadman HJ, eds. Chicago: The University of Chicago Press, 1995; 61-79.
Evalúa	Impulsividad.
N.º de ítems	30.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La BIS-11 es un instrumento diseñado para evaluar impulsividad.
- Consta de 30 ítems que se agrupan en 3 subescalas de impulsividad:
  - Cognitiva (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27).
  - Motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29).
  - Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30).
- Cada ítem consta de 4 opciones de respuesta (0, raramente o nunca; 1, ocasionalmente; 3, a menudo; 4, siempre o casi siempre).
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total.
- Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta que puntuarían 0, 1, 3 y 4. Los siguientes ítems tienen una puntuación inversa (es decir, 4, 3, 1 y 0): 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30.
- La puntuación en cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en todos los ítems.
- No existe punto de corte propuesto. En varios estudios se sugiere utilizar como punto de corte la mediana de la distribución.

Referencias complementarias

Oquendo MA, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalbán V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). Eur J Psychiatry 2001; 15: 147-155.

9.5. Escala de Valoración de la Impulsividad (Impulsivity Rating Scale, IRS)

Autores	Y. Lecrubier, A. Braconnier, S. Said, C. Payan.
Referencia	*The impulsivity rating scale (IRS): preliminary results.* Eur Psychiatry 1995; 10: 331-338.
Evalúa	Impulsividad.
N.º de ítems	7.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La IRS consta de 7 ítems, que evalúan:
  - Irritabilidad.
  - Paciencia-impaciencia.
  - Tiempo para tomar decisiones.
  - Capacidad para mantener una actividad.
  - Agresividad.
  - Control de las respuestas.
  - Capacidad para diferir.
- Cada uno de los ítems se puntúan mediante una escala tipo Likert de cuatro grados: de 0, normal, a 3, dificultad máxima.
- Cada ítem presenta un primer nivel de impulsividad reducida (Reducido-I), que identifica a sujetos sobrecontrolados.

Corrección e interpretación

- Esta escala permite obtener una puntuación total, suma de todos los ítems.
- Nivel reducido-I: Ya que estas valoraciones se refieren a ausencia de impulsividad son valoradas como 0 para la puntuación total.
- Los autores proponen un punto de corte de 8.

9.6. Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)

Autores	R. Plutchik, H. M. van Praag.
Referencia	*The measurement of suicidality, agressivity and impulsivity.* Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr 1989; 13 (Suppl): 23-24.
Evalúa	Impulsividad.
N.º de ítems	15.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La EI es una escala diseñada para evaluar conductas impulsivas.
- Consta de 15 ítems que se refieren a la tendencia del paciente a «hacer cosas sin pensar» o de forma impulsiva.
- Todos ellos se relacionan con una posible falta de control sobre determinadas conductas:
  - Capacidad para planificar (3 ítems).
  - Control de los estados emocionales (3 ítems).
  - Control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales (3 ítems).
  - Control de otras conductas (6 ítems).
- Las respuestas se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Los ítems 4, 6, 11 y 15 se puntúan en sentido inverso (0, casi siempre; 3, nunca).
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 45.
- En la versión española (v. referencias complementarias), los autores proponen un punto de corte de 20.

Referencias complementarias

Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Martínez ML, Álvarez S, Marín JJ y cols. Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61: 223-232.

Capítulo 10

Instrumentos de evaluación del estado clínico global

10.1. Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)

Autor	W. Guy.
Referencia	*Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual.* Rockville, National Institute Mental Health, 1976.
Evalúa	Gravedad y mejoría del cuadro clínico.
N.º de ítems	2.
Administración	Heteroaplicada y autoaplicada.

Descripción

- La CGI consta de dos subescalas que evalúan respectivamente:
  - La gravedad del cuadro clínico (CGI-SI):
    - Esta escala consta de un único ítem que valora la gravedad utilizando una escala Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes más extremadamente enfermos).
  - La mejoría del cuadro debido a las intervenciones terapéuticas:
    - Como en el caso anterior, es un único ítem que valora el cambio experimentado utilizando una escala Likert de 8 valores, que van desde 0 (no evaluado) a 7 (mucho peor). Lo que valora es la mejoría experimentada por el paciente respecto a su estado basal, independientemente de que ésta se deba por completo al tratamiento.
    - Existe otra versión de esta escala con sólo 5 valores (desde 0, sin cambios o peor, hasta 4, mejoría de buena a extrema-más del 75 % de mejoría).
- Existen versiones heteroaplicadas y autoaplicadas.
- En la versión heteroaplicada, el clínico, basándose en su experiencia clínica, puntúa bien la gravedad bien la mejoría del paciente.
- En la versión autoaplicada, es el propio paciente el que valora su situación.

Corrección e interpretación

- Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro y sobre el cambio experimentado por el paciente con respecto al estado basal.

Referencias complementarias

Bech P. Rating Scales for Psychopathology, Health Status, and Quality of Life. Berlin: Springer-Verlag, 1993; 33-35.

10.2. Escala de Impresión Clínica Global para el Trastorno Bipolar Modificada (Clinical Global Impression for Bipolar Modified, CGI-BP-M)

Autores	E. Vieta Pascual, C. Torrent Font, A. Martínez-Arán, F. Colom Victoriano, M. Reinares Gabnepen, A. Benabarre Hernández, M. Comes Forastero, J. M. Goikolea Alberdi.
Referencia	*Escala sencilla de evaluación del curso del trastorno bipolar: CGI-BP-M.* Actas Esp Psiquiatr 2002; 30: 301-304.
Evalúa	Sintomatología maníaca, hipomaníaca, depresiva y mixta del trastorno bipolar, y curso de la enfermedad a corto y largo plazo.
N.º de ítems	3.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La CGI-BP-M es una modificación condensada de la CGI-BP desarrollada por Spearing y cols. (1997), a su vez adaptación de la CGI de Guy (1976) para ser utilizada en pacientes con trastorno bipolar.
- Evalúa, además de la gravedad actual, el curso a corto y largo plazo de la enfermedad.
- Consta de tres subescalas, compuestas por un único ítem, que evalúan la gravedad de la sintomatología aguda de:
  - Depresión.
  - Manía.
  - General: referida a la gravedad longitudinal de la enfermedad.
- El marco de referencia temporal es para:
  - Las subescalas de depresión y manía: la semana anterior.
  - La subescala general: la evolución durante el año previo a la evaluación basal.
- Heteroaplicada, para puntuar, el clínico cuenta con una escala Likert de intensidad de 7 grados de libertad (1, normal; 7, muy grave).
- Precisa muy poco tiempo de administración.

Corrección e interpretación

- Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro y sobre el cambio experimentado por el paciente con respecto al estado basal o a la evaluación previa:
  - La medida del cambio, positivo o negativo, se calcula realizando la resta entre la puntuación basal y la de la evaluación final.
- Dependiendo del tipo de episodio agudo, la medida principal será:
  - En un episodio maníaco, la de la subescala de manía.
  - En un episodio hipomaníaco, la de la subescala de manía.
  - En un episodio depresivo, la de la subescala depresión.
  - En un episodio mixto, la de la subescala que puntúe más (manía o depresión).

Referencias complementarias

Spearing MK, Post RM, Leverich GS, Brandt D, Nolen W. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. Psychiatry Res 1997; 73: 159-171.

10.3. Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia (Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale, CGI-SCH)

Autores	J. M. Haro, S. A. Kamath, S. Ochoa, D. Novick, K. Rele, A. Fargas, M. J. Rodríguez, R. Rele, J. Orta, A. Kharbeng, S. Araya, M. Gervin, J. Alonso, V. Mavreas, E. Lavrentzou, N. Liontos, K. Gregor, P. B. Jones on behalf of the SOHO Study Group.
Referencia	*The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia.* Acta Psychiatr Scand 2003; 107 (Suppl 416): 16-23.
Evalúa	Gravedad y mejoría clínica de la esquizofrenia (síntomas positivos, negativos, depresivos y cognitivos).
N.º de ítems	10.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La CGI-SCH es un instrumento breve, adaptado de la CGI y de la CGI-BP, para evaluar las principales dimensiones sintomatológicas del trastorno esquizofrénico.
- El objetivo de la escala (como el de las otras CGI) es traducir el juicio clínico en puntuaciones que reflejen los síntomas presentes en los pacientes esquizofrénicos.
- Consta de dos susbescalas, con 5 ítems cada una de ellas, que evalúan respectivamente:
  - La gravedad del cuadro clínico (CGI-SCH-SI): evalúa la situación del paciente en la semana previa en 5 dimensiones sintomatológicas:
    - Síntomas positivos.
    - Síntomas negativos.
    - Síntomas depresivos.
    - Síntomas cognitivos.
    - Global.
  - El grado de cambio (CGI-SCH-DC): evalúa el cambio en la gravedad del cuadro clínico desde la última evaluación, en las mismas 5 dimensiones anteriores.
- Heteroaplicada, el clínico ha de puntuar cada uno de los ítems mediante una escala Likert de intensidad con 7 grados de libertad, con puntos de anclaje similares a los de la PANSS (1, normal, no enfermo, y 7, entre los más gravemente enfermos).
  - Además, los 4 grupos de síntomas que se evalúan están muy brevemente descritos en la propia escala. En el manual se ofrece una descripción más amplia.
- Precisa muy poco tiempo de administración.
- Existe versión en español.

Corrección e interpretación

- Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro y sobre el cambio experimentado por el paciente con respecto al estado basal o a la evaluación previa.

Capítulo 11

Instrumentos de evaluación de efectos adversos

11.1. Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiacepinas (Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire, BWSQ)

Autores	P. Tyrer, S. Murphy, P. Riley.
Referencia	*The benzodiazepine withdrawal symptom questionnaire.* J Affect Disord 1990; 19: 53-61.
Evalúa	La gravedad del síndrome de retirada de benzodiacepinas.
N.º de ítems	20.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El BWSQ consta de 20 ítems que evalúan los síntomas que más frecuentemente aparecen con la retirada de las benzodiacepinas. De los 20 ítems:
  - 10 se refieren a trastornos de la percepción y sensación.
  - 7 a síntomas somáticos.
  - 3 son independientes (humor depresivo, pérdida de control de movimientos voluntarios, incluyendo convulsiones epilépticas, y pérdida de memoria).
- Posee además espacio para describir y puntuar 4 posibles síntomas que presente ese paciente en concreto y que no estén incluidos en el listado de 20 síntomas que componen la escala.
- Autoaplicado, los pacientes han de contestar a cada uno de los ítems utilizando una escala tipo Likert de 3 grados de intensidad, desde ausencia del síntoma (valor 0) a presente y grave (valor 2 puntos).
- Existen dos versiones:
  - BWSQ-1: evalúa los síntomas más graves que el paciente ha experimentado en cualquier momento durante el consumo de o la abstinencia a benzodiacepinas.
    - Cuando contesta el cuestionario, el sujeto, además de indicar si cada uno de los síntomas los ha padecido o no y en qué intensidad los ha padecido, tiene también que indicar si los padeció mientras estaba tomando el tratamiento o cuando se había disminuido o interrumpido la medicación.
  - BWSQ-2: evalúa los síntomas experimentados en las 2 últimas semanas por lo que es útil para determinar la incidencia de los síntomas durante la retirada.

Corrección e interpretación

- El cuestionario proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems.
  - El rango posible de puntuación oscila entre 0 y 40. No existen puntos, de corte establecidos; a mayor puntuación, mayor gravedad del síndrome de retirada.

11.2. Escala de Acatisia de Barnes (Barnes Akathisia Rating Scale, BAS, BARS)

Autor	T. R. E. Barnes.
Referencia	*A rating scale for drug-induced akathisia.* Br J Psychiatry 1989; 154: 672-676.
Evalúa	Acatisia inducida por fármacos.
N.º de ítems	4.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La BAS o BARS es una escala de 4 ítems que evalúa la presencia y gravedad de la acatisia inducida por fármacos.
- Debe ser administrada por el clínico.
- Es la escala más utilizada en los estudios para valorar la acatisia inducida por fármacos.
- Incluye ítems objetivos y subjetivos, junto una evaluación clínica global de acatisia.
  - Las puntuaciones, para cada uno de los tres primeros ítems, oscilan de 0 (ausente) a 3 (acatisia grave).
  - El cuarto ítem es para calificar la gravedad global.
- Para cada puntuación se proporcionan definiciones comprensivas.
- Evalúa el estrés causado al paciente por un síntoma específico, no sólo el síntoma en sí mismo, puntuado utilizando la evaluación clínica global.

Corrección e interpretación

- Las definiciones e instrucciones para las evaluaciones son fáciles de entender y las puntuaciones de gravedad están bien delimitadas y son clínicamente relevantes.
- Permite obtener una sola puntuación.

11.3. Escala de Acatisia de Simpson-Angus (Simpson-Angus Scale, SAS)

Autores	G. N. Simpson, J. W. S. Angus.
Referencia	*A rating scale for extrapiramial side effects.* Acta Psychiatr Scand 1970; 212 (Suppl 44): 11-19.
Evalúa	Parkinsonismos y otros efectos secundarios extrapiramidales inducidos por fármacos.
N.º de ítems	10.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La SAS es un instrumento de 10 ítems utilizado para evaluar la presencia y gravedad de la sintomatología parkinsoniana.
- Es la escala de evaluación más utilizada para el parkinsonismo en los ensayos clínicos en los pasados 25 años.
- Existe una versión breve que valora parkinsonismo, expresión facial, temblor, acinesia y rigidez (4 ítems), acatisia (1 ítem) y distonía (1 ítem).

Corrección e interpretación

- Los 10 ítems están enfocados en evaluar tanto la rigidez como la bradicinesia, y no evalúan la rigidez subjetiva o el enlentecimiento.
- Los ítems son evaluados con una escala de gravedad de 0 a 4, con definiciones para cada puntuación.

11.4. Escala de Movimientos Involuntarios Anormales (Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS)

Autor	W. Guy.
Referencia	*ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised ed.* Washington: US Department of Health, Education, and Welfare, 1976.
Evalúa	Acatisia inducida por fármacos. Apropiada para evaluar pacientes con enfermedades psiquiátricas graves que pueden presentar movimientos discinéticos, habitualmente como consecuencia de tratamiento antipsicótico.
N.º de ítems	12.
Administración	Heteroevaluada.

Descripción

- La AIMS es un instrumento de 12 ítems que evalúa los movimientos involuntarios asociados con fármacos antipsicóticos, tanto la distonía tardía y la acatisia crónica como la alteración motora «espontánea» debida a la propia enfermedad.
- La puntuación de la AIMS consiste en valorar, en los primeros 6 ítems, la gravedad de los movimientos en tres grandes áreas anatómicas (facial/oral, extremidades y tronco).
  Además hay 3 ítems para emitir un juicio global y otros dos sobre el estado dental.

Corrección e interpretación

- La puntuación está basada en una escala de 5 puntos, que oscila entre 0 (no) y 4 (grave).

Referencias complementarias

Munetz MR, Benjamin S. How to examine patients using the Abnormal Involuntary Movement Scale. Hospital and Community Psychiatry 1988; 39: 1172-1177.

11.5. Escala de Efectos Secundarios (Udvalg für Kliniske Undersogelser, UKU)

Autores	O. Lingjaerd, U. G. Ahlfors, P. Bech, S. J. Dencker, K. Elgen.
Referencia	*The UKU side effect rating scale.* Acta Psychiatr Scand 1987; 76 (Suppl 334): 1-100.
Evalúa	Efectos secundarios producidos por psicofármacos.
N.º de ítems	56.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La UKU es una escala diseñada para evaluar los efectos secundarios derivados del consumo de psicofármacos.
- Consta de 54 ítems que se agrupan en 4 subescalas diferentes y que evalúan el grado en que están presentes diferentes síntomas y signos, así como su relación causal con la medicación:
  - Efectos psíquicos (9 ítems).
  - Efectos neurológicos (8 ítems).
  - Efectos autonómicos (11 ítems).
  - Otros efectos (25 ítems).
- Los 2 últimos ítems (55 y 56) valoran la interferencia de los efectos secundarios sobre el funcionamiento diario del paciente y sus consecuencias sobre la toma de medicación (ninguna, reducción de dosis, retirada o cambio).
- Cada ítem presenta 4 posibles respuestas que van de 0 a 3 (0, no o dudosamente presente; 1, leve; 2, moderado; 3, grave).
- Es un instrumento heteroaplicado.
- Existe una actualización reciente (2001) de la escala que cuenta con dos versiones:
  - UKU versión del paciente.
  - UKU versión del clínico.

Corrección e interpretación

- Proporciona puntuaciones en cada una de las 4 subescalas mencionadas, que se obtienen sumando los puntos de cada uno de los ítems que las constituyen.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

Referencias complementarias

Lindstrom E, Lewander T, Malm UF, Lublin H, Ahlfors UG. Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Nordic J Psychiatry 2001; 55 (Suppl 4): 5-10.

Capítulo 12

Instrumentos de evaluación del nivel de funcionamiento

12.1. Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS)

Autores	Organización Mundial de la Salud.
Referencia	*WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)*. Genève: WHO, 1988.
Evalúa	El nivel de funcionamiento de los enfermos mentales.
N.º de ítems	7.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La DAS es un instrumento sencillo que fue desarrollado para la valoración clínica de las limitaciones que presentan los enfermos psiquiátricos graves.
- Consta de 7 ítems que se agrupan en 3 apartados:
  - Período cubierto por la valoración: se puede elegir entre actual (último mes, último año, y también facilita la posibilidad de que el propio investigador delimite el período de tiempo más conveniente).
  - Áreas específicas de funcionamiento: 4 ítems que evalúan las siguiente áreas de la vida del sujeto:
    - Cuidado personal.
    - Funcionamiento ocupacional.
    - Funcionamiento en la familia.
    - Funcionamiento en el contexto social en general.
  - Capacidades específicas: apartado que permite al clínico registrar las habilidades específicas del paciente que sean relevantes para su manejo y cuidado.
- El clínico ha de valorar las limitaciones que presenta el paciente teniendo en cuenta el funcionamiento normal esperado en una persona del mismo sexo, edad y situación sociocultural.
- Las puntuaciones para cada uno de los ítems pueden oscilar entre 0 y 5.
- La propia escala proporciona definición de los ítems y los criterios operativos de las puntuaciones. Los criterios operativos de las puntuaciones son:
  - 0: ninguna discapacidad; el funcionamiento del paciente se adecua a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural: no existe discapacidad en ningún momento (0 %).
  - 1: discapacidad mínima; existe desviación de la norma en una o más de las actividades o funciones: paciente ligeramente discapacitado algún tiempo (20 %).
  - 2: discapacidad obvia: existe desviación llamativa de la norma, interfiriendo con la adaptación social: paciente ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente discapacitado durante un corto tiempo (40 %).
  - 3: discapacidad seria: existe desviación muy marcada de la norma en la mayoría de las actividades y funciones: paciente moderadamente discapacitado bastante tiempo o gravemente discapacitado algún tiempo (60 %).
  - 4: discapacidad muy seria: existe desviación muy marcada de la norma en todas las actividades y funciones: paciente gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado todo el tiempo (80 %).
  - 5: discapacidad máxima: la desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico: paciente gravemente discapacitado todo el tiempo (100 %).
- Es una escala heteroaplicada.

Corrección e interpretación

- Es una escala descriptiva que proporciona una puntuación total y puntuaciones en cada una de las 4 dimensiones. A mayor puntuación, mayor discapacidad.

Referencias complementarias

Janca A, Kastrup M, Katschnig H, López-Ibor JJ, Mezzich JE, Sartorius N. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996; 31: 349-354.

OMS: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Versión Multiaxial para Adultos. Madrid: Meditor, 1996.

12.1.1. World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II)

Autores	World Health Organization.
Referencia	http://www.who.int/icidh/whodas/
Evalúa	Funcionamiento y discapacidad en seis áreas de la vida.
N.º de ítems	Versiones de 36 y 12.
Administración	Versiones heteroaplicada, autoaplicada y para informantes.

Descripción

- La WHODAS-II es un instrumento de medida del funcionamiento y la discapacidad conceptualmente compatible con la revisión reciente de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001).
- En realidad, se trata de una revisión completa de la WHODAS (publicada por la OMS en 1988), que refleja el pensamiento actual de la OMS sobre el funcionamiento y la discapacidad.
- Evalúa el funcionamiento diario en seis áreas de actividad desde una doble perspectiva, cuantitativa y de interferencia con la vida:
  - Comprensión y comunicación.
  - Capacidad para moverse en su alrededor/entorno.
  - Cuidado personal.
  - Capacidad de relacionarse con otras personas.
  - Actividades de la vida diaria.
  - Participación social.
- Los ítems se puntúan según una escala Likert de intensidad de dificultad de 5 grados, donde: 1, ninguna, y 5, extrema/no puede hacerlo.
- El marco de referencia temporal son los últimos 30 días.
- Existen múltiples versiones tanto en cuanto a longitud de la escala como a administración:
  - Heteroaplicada (administrada por el clínico):
    - Entrevista semiestructurada con 36 ítems nucleares.
    - Entrevista semiestructurada con 12 ítems nucleares.
  - Autoaplicada:
    - 36 ítems.
    - 12 ítems.
  - Informantes.
    - Autoaplicada, versiones de 6 y 36 ítems.
    - Aplicada por el clínico, versiones de 6 y 36 ítems.

Corrección e interpretación

- Proporciona un perfil de funcionamiento en las seis áreas evaluadas y una puntuación general de discapacidad:
  - Las puntuaciones directas en cada área se transforman a una escala estándar de 0 a 100. Para información más detallada sobre cómo calcular las puntuaciones, puede consultarse la página web indicada en la cabecera de esta página.

12.2. Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell (Camberwell Assessment of Need, CAN)

Autores	M. Phelan, M. Slade, G. Thornicroft, G. Dunn, F. Holloway, T. Wykes, G. Strathdee, L. Loftus, P. McCrone, P. Hayward.
Referencia	*The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness.* Br J Psychiatry 1995; 167: 589-595.
Evalúa	Las necesidades de los pacientes para orientar los planes de cuidados.
N.º de ítems	19.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- El CAN evalúa las necesidades de los pacientes psiquiátricos en un amplio rango de necesidades humanas además de las específicas de este tipo de pacientes. La finalidad de esta evaluación es orientar y evaluar la eficacia de los planes de cuidados:
  - Los autores lo consideran útil para la evaluación tanto de los pacientes como de los servicios de salud mental.
- Consta de un total de 88 ítems que evalúan, desde la perspectiva del paciente y del profesional, las siguientes 22 áreas de necesidades:
  - Alojamiento, alimentación, cuidado del hogar, cuidado personal, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información acerca del estado y tratamiento, angustia, seguridad hacia sí mismo, seguridad de los otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de los hijos, educación básica, teléfono, transporte, dinero y prestaciones sociales.
  - Todas las áreas tienen la misma estructura; evalúan los siguientes cuatro aspectos:
    - Sección 1: la existencia de problemas actuales en esa área de necesidad. Esta sección actúa a modo de *screening*; si no hay problemas no se administran las demás secciones y se pasa a la siguiente área de necesidades:
    - Sección 2: la ayuda de cuidadores informales.
    - Sección 3: la ayuda profesional recibida y la necesaria.
      Para estas 3 secciones se describen criterios claros de codificación en el propio instrumento.
    - Sección 4: es una sección abierta con una doble vertiente de evaluación:
      • Paciente: las necesidades y opinión de los servicios facilitados del paciente.
      • Clínico: el plan de acción en esa área, quién lo va a llevar a cabo y fecha de revisión.
- El marco de referencia temporal es el momento actual (último mes).
- Es un instrumento heteroaplicado que no requiere entrenamiento formal. Además, el paciente realiza también su propia evaluación (hetero y autoevaluado).
  - El tiempo de administración referido por los autores es de 30 min.
- Existen versiones clínica y de investigación. Las diferencias entre ambas versiones se centran fundamentalmente en la sección 4.
  - En la versión de investigación la sección 4 valora el grado de satisfacción del paciente (si recibe el tipo de ayuda adecuado para su problema y si está satisfecho con la cantidad de ayuda que recibe).
- El CAN está disponible en español (Jiménez Estévez y cols., 1997).

Corrección e interpretación

- Proporciona información cualitativa sobre las necesidades cubiertas y sin cubrir de los pacientes psiquiátricos.

Referencias complementarias

Jiménez Estévez JF, Moreno Küstner B, Torres González F, Luna del Castillo JD, Pelan M. Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. Archivos de Neurobiología 1997; 60: 113-124.

Rosales Varo C, Torres González F, Luna del Castillo J, Jiménez Estévez FJ, Martínez Montes G. Fiabilidad del instrumento de Evaluación de Necesidades de Camberwell (CAN) (Versión española del CAN Estudio de fiabilidad). Actas Esp Psiquiatr 2002; 30: 99-104.

12.3. Cuestionario de Habilidades Básicas de la Vida Diaria (Basic Everyday Living Schedule, BELS)

Autores	C. O'Driscoll, J. Leff.
Referencia	*The Taps Project. 8: design of the research study on the long-stay patients.* Br J Psychiatry 1993; 162(Supl 19): 18-24.
Evalúa	Funcionamiento en la vida diaria en la comunidad.
N.º de ítems	26.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- El BELS es un cuestionario diseñado para evaluar los cambios en el desempeño de las actividades de la vida diaria en los pacientes con trastornos mentales de larga evolución tras su desinstitucionalización.
- Consta de 26 ítems que evalúan 26 comportamientos desde dos perspectivas:
  - Grado de oportunidad para realizar las actividades de forma independiente:
    - Puntuación mediante escala Likert de 3 grados (0, ninguna oportunidad de independencia; 2, total oportunidad).
  - Nivel real de realización de cada actividad de la vida diaria:
    - Puntuación mediante escala Likert de 5 grados (0, no realiza ninguna actividad o es necesaria supervisión diaria; 4, nivel normal de realización).
- Los comportamientos evaluados se agrupan en las siguientes cuatro áreas:
  - Autocuidado: independencia de movimientos, despertarse y levantarse, vestirse, vuelta a casa por la noche, comidas, medicación, higiene personal, ropa, incontinencia, y comportamiento en el cuarto de baño.
  - Habilidades domésticas: preparación de comidas completas, preparación de comidas simples y bebidas, compra de comestibles, compras, lavado de ropa, cuidado del espacio personal, y cuidado de su casa o zonas comunes.
  - Habilidades comunitarias: uso del transporte público, uso de los servicios asistenciales, utilización de los locales y servicios públicos, y uso del dinero o capacidad de controlar su presupuesto.
  - Actividad y relaciones sociales: ocupación diaria, actividades de tiempo libre, sociabilidad, consideración y preocupación por otros, y prestar auxilio en una emergencia.
- Heteroaplicado. Precisa la colaboración de un informante clave (profesional o familiar) que conozca bien al paciente para su cumplimentación, ya que será éste quien proporcione la información necesaria para la codificación.
- El marco de referencia temporal habitual es el último mes, excepto en los ítems 4 (vuelta a casa por la noche), 14 (compras), 15 (lavado de ropa) y 26 (prestar auxilio en una emergencia), en los que por referirse a comportamientos poco frecuentes se amplía el marco a los 6 meses previos.

Referencias complementarias

Jiménez Estévez JF, Torres González F, Laviana Cueto M, Luna del Castillo JD, Trieman N, Ricard C. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del «Basic Everyday Living Skills» (BELS). Actas Esp Psiquiatr 2000; 28: 284-288.

12.4. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

Autores	American Psychiatric Association.
Referencia	*DSM-IIIR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington: APA, 1987.
Evalúa	El nivel de funcionamiento de los enfermos mentales.
N.º de ítems	1.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- La EEAG es un instrumento para evaluar el funcionamiento general de los pacientes psiquiátricos, a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad.
- Consta de un único ítem, el de la actividad global del paciente, que se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 (actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas) y 1 (expectativa manifiesta de muerte).
- Esta escala ha sido criticada porque en algunos de los criterios operativos que facilita incorpora síntomas mezclándolos con la discapacidad, por lo que es más aconsejable utilizar la escala de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que mantiene separados los síntomas de la discapacidad del paciente.
- El marco de referencia temporal es el momento actual.
- Es una escala heteroaplicada.

Corrección e interpretación

- Es una escala descriptiva que proporciona una puntuación única sobre la actividad del paciente. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.

Referencias complementarias

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry 1976; 33: 766-771.

Luborsky L. Clinicians' Judgments of Mental Health. Arch Gen Psychiatry 1962; 7: 407-417.

12.5. Inventario de Discapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory, SDI)

Autores	D. V. Sheehan, K. Harnett-Sheehan, B. A. Raj.
Referencia	*The measurement of disability.* Int Clin Psychopharmacol 1996; 11 (Suppl 3): 89-95.
Evalúa	El nivel de discapacidad de los enfermos mentales.
N.º de ítems	5.
Administración	Heteroaplicada y autoaplicada.

Descripción

- El SDI es un instrumento para evaluar el nivel de discapacidad de los pacientes psiquiátricos.
- Consta de 5 ítems que se agrupan en 3 escalas:
  - Discapacidad: formada por los 3 primeros ítems, y evalúan el grado en que los síntomas interfieren con 3 dominios de la vida de los pacientes: trabajo, vida social y vida familiar.
  - Estrés percibido: 1 ítem que evalúa el grado en que, desde la última visita, los acontecimientos estresantes y los problemas personales le han dificultado la vida.
  - Apoyo social percibido: 1 ítem que evalúa el apoyo que el paciente ha obtenido respecto del que necesitaba en la última semana.
- Los 4 primeros ítems se puntúan con una escala Likert de 0 (no, en absoluto) a 10 (extremadamente). No proporciona criterios operativos definidos para el resto de valores de la escala, sino que considera que de 1 a 3 es «levemente»; de 4 a 6, «moderadamente», y de 7 a 9, «marcadamente». El ítem 5 se puntúa con una escala de porcentaje en la que el 100 % significa que ha recibido todo el apoyo que necesitaba.
- El marco de referencia temporal es el momento actual.
- Es una escala que puede ser heteroaplicada y autoaplicada. Los autores recomiendan usar la versión heteroaplicada en el caso de pacientes ingresados, analfabetos y en los que se sospeche que pueden falsear las puntuaciones.

Corrección e interpretación

- Proporciona 3 puntuaciones, una por cada escala. La puntuación de la escala de discapacidad se obtiene sumando las puntuaciones en los 3 ítems que la componen.
- No existen puntos de corte. A mayor puntuación, mayor discapacidad.

Referencias complementarias

Bobes J, Badía X, Luque A, García M, González MP, Dal-Ré R, y el Grupo de Validación en Español de Cuestionarios de Evaluación de la Fobia Social. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. Med Clin (Barc) 1999; 112: 530-538.

12.6. Escala Autoaplicada de Adaptación Social (Social Adaptation Self-evaluation Scale, SASS)

Autores	M. Bosc, A. Dubini, V. Polin.
Referencia	*Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale.* Eur Neuropsychopharm 1997; 7 (Suppl 1): 57-70.
Evalúa	La percepción del paciente de su nivel de adaptación social.
N.º de ítems	21.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- La SASS fue diseñada para evaluar la conducta y el ajuste social de los pacientes con depresión.
- Consta de 21 ítems que exploran el funcionamiento del individuo en las siguientes áreas de la vida:
  - Trabajo.
  - Familia.
  - Ocio.
  - Relaciones sociales.
  - Motivación/intereses.
- El sujeto ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo Likert con 4 grados de respuesta que van desde 0 (el peor funcionamiento) a 3 (el mejor funcionamiento).
- El marco de referencia temporal es el momento actual.
- Es una escala autoaplicada que recoge la percepción del sujeto de su funcionamiento social.
- Existe una versión en español.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total suma de las puntuaciones en todos los ítems.
- Esa puntuación total oscila entre 0 y 60 (en vez de 63, ya que 2 ítems, el 1 [trabajo remunerado] y el 2 [tareas domésticas o trabajo no remunerado], son mutuamente excluyentes).
- Los puntos de corte propuestos por los autores son:
  - < 25: desadaptación social.
  - 25-52: normalidad.
  - > 55: «superadaptación» patológica.

Referencias complementarias

Bobes J, González MP, Bascarán MT, Corominas A, Adan A, Sánchez J, Such P y Grupo de Validación en Español de la Escala de Adaptación Social (SASS). Actas Esp Psiquiatr 1999; 27: 71-80.

Capítulo 13

Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud

13.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

Autores	J. E. Ware, C. D. Sherbourne.
Referencia	*The MOS 36-item Short-Form Health-Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection.* Med Care 1992; 30: 473-483.
Evalúa	La calidad de vida relacionada con la salud.
N.º de ítems	36.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El SF-36 es un instrumento para evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud: física y mental.
- Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 escalas:
  - Funcionamiento físico (FF): 10 ítems que evalúan el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas tales como ejercicios intensos, caminar, etc.
  - Rol físico (RF): 4 ítems que evalúan hasta qué punto los problemas de salud física interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente.
  - Dolor (D): 2 ítems que evalúan tanto el grado de dolor como la interferencia que produce en la vida del paciente.
  - Salud general (SG): 5 ítems referidos a la percepción personal del estado de salud así como a una serie de creencias respecto a la salud del paciente.
  - Vitalidad (V): 4 ítems que valoran el nivel de fatiga y energía del paciente.
  - Funcionamiento social (FS): 2 ítems que interrogan acerca de las limitaciones en la vida sociofamiliar por problemas de salud.
  - Rol emocional (RE): 3 ítems que evalúan hasta qué punto los problemas emocionales interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente.
  - Salud mental (SM): 5 ítems que intentan evaluar el estado de ánimo del paciente (inquietud, intranquilidad, desánimo) durante el último mes.
- Las 8 escalas se agrupan a su vez en dos medidas sumarias: salud física y salud mental. Las escalas que forman la medida sumaria de salud física son: FF, RF, D, SG y V. Las escalas que forman la medida sumaria de salud mental son: SG, V, FS, RE y SM.
- Los ítems se puntúan con escalas Likert de rango variable, desde 2 valores hasta 6.
- El marco de referencia temporal es el momento actual.
- Es una escala autoaplicada.

Corrección e interpretación

- Proporciona un perfil de calidad de vida, con puntuaciones en las 8 escalas, y también proporciona dos medidas sumarias: la física y la mental.
- Para la corrección de la escala es necesario consultar el manual que figura en la primera referencia complementaria.
- Todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 100. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mejor calidad de vida.

Referencias complementarias

Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc) 1995; 104: 771-776.

Ware JE. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A user's manual. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1994.

13.2. Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-100)

Autores	Organización Mundial de la Salud (WHOQOL Group).
Referencia	*Measuring quality of life. The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100)*. Genève: OMS, 1993.
Evalúa	Calidad de vida.
N.º de ítems	100.
Administración	Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN

- El WHOQOL-100 es un instrumento diseñado para la evaluación de la calidad de vida.
- Este instrumento determina la percepción de los individuos de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que viven, y en relación a sus objetivos, expectativas e intereses. Esta medida se realiza basándose en la percepción del sujeto y en su valoración sobre diversos aspectos de su vida.
- El WHOQOL-100 está estructurado de forma jerárquica y cuenta con una evaluación global de la calidad de vida y evaluaciones en distintos dominios (6), que a su vez están integrados por distintas facetas (24):
  - Físico (3 facetas):
    - Dolor y molestias.
    - Energía y fatiga.
    - Sueño y descanso.
  - Psicológico (5 facetas):
    - Sentimientos positivos.
    - Pensamiento/aprendizaje/memoria/concentración.
    - Autoestima.
    - Imagen corporal y apariencia.
    - Sentimientos negativos.
  - Nivel de independencia (4 facetas):
    - Movilidad.
    - Actividades cotidianas.
    - Dependencia de medicación o tratamiento.
    - Capacidad de trabajo.
  - Relaciones sociales (3 facetas):
    - Relaciones personales.
    - Soporte social.
    - Actividad sexual.
  - Entorno (8 facetas):
    - Seguridad física y protección.
    - Hogar.
    - Recursos económicos.
    - Cuidados de salud y sociales: disponibilidad/calidad.
    - Oportunidades para adquirir información/habilidades.
    - Participación y oportunidades para recreo/ocio.
    - Entorno físico.
    - Transporte.
  - Espiritualidad/religión/creencias personales (1 faceta).
- El paciente valora los distintos ítems según una escala Likert de 5 puntos, que en unas ocasiones hace referencia a intensidad, en otras a la frecuencia, satisfacción o capacidad.

- La OMS ha desarrollado una versión abreviada, el WHOQOL-BREF formado por 26 ítems (2 ítems generales y 1 ítem por cada una de las 24 facetas que valora). Esta versión sólo proporciona información sobre 4 de las 6 dimensiones del WHOQOL-100: física, psicológica, relaciones sociales y entorno.
- Es un instrumento autoaplicado.

Corrección e interpretación

- Para su corrección se remite al lector a la versión española del WHOQOL (v. referencias complementarias).
- Se obtiene un perfil del paciente con puntuaciones en las 24 facetas, en los 6 dominios y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general.
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida.

Referencias complementarias

Lucas Carrasco R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón, 1998.

13.3. Cuestionario de Salud EuroQoL-5D (EQ-5D)

Autores	EuroQoL Group.
Referencia	*EuroQoL – a new facility for the measurement of health-related quality of life.* Health Policy 1990; 16: 199-208.
Evalúa	Calidad de vida relacionada con la salud.
N.º de ítems	7.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- Diseñado con la intención de obtener un instrumento estandarizado y genérico para la evaluación de la calidad de vida relacionado con la salud, que permita el intercambio de datos entre los diferentes países.
- Consta de dos partes:
  - La primera evalúa las siguientes 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión.
    - Para cada dimensión se describen 3 estados entre los cuales el paciente ha de elegir el que mejor refleje su situación.
    - Esos 3 estados describen ausencia de problemas en esa dimensión (1 punto), problemas moderados (2 puntos) y problemas graves (3 puntos).
  - La segunda parte consiste en una escala analógico-visual representada mediante una línea vertical de 20 cm de longitud y graduada del 0 (peor estado de salud imaginable) al 100 (mejor estado de salud imaginable).
    - El paciente ha de marcar en dicha escala el punto que mejor represente su estado de salud global en el día de la entrevista.
- El marco de referencia temporal es el día de la entrevista.
- Es una escala autoaplicada.
- Existe una versión en castellano.

Corrección e interpretación

- La primera parte del instrumento (las 5 dimensiones con los 3 estados cada una) proporciona una información de tipo descriptivo, de tal modo que todas las combinaciones posibles generan un total de 243 estados de salud posibles (combinación de 3 elementos tomados de 5 en 5).
  - El grupo español del EuroQoL transforman esas posibles 243 combinaciones o estados en una puntuación que oscila entre 0 (sin problemas) (corresponde a la combinación obtenida de puntuar 1 en las 5 dimensiones [11111]) y 1 (problemas graves) (corresponde a la combinación obtenida de puntuar 3 en las 5 dimensiones [33333]).
- La segunda parte del EuroQoL, la línea vertical, proporciona una información cuantitativa sobre el estado de salud global percibido por el paciente que oscila entre 0 (peor estado de salud imaginable) al 100 (mejor estado de salud imaginable).

Referencias complementarias

Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. The Spanish version of EuroQoL: A description and its applications. European Quality of Life scale. Med Clin (Barc) 1999; 112 (Supl 1): 79-85.
Badía X, Salamero M, Alonso J, Ollé A. La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español. PPU: Barcelona, 1996; 108-115.
Badía X, Schiaffino A, Alonso A, Herdman M. Using the EuroQoL 5-D in the Catalan general population: Feasibility and construct validity. Qual Life Res 1998; 7: 311-322.

13.4. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

Autores	J. Endicott, J. Nee, W. Harrison, W. Blumenthal.
Referencia	*Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure.* Psychopharmacol Bull 1993; 29: 321-326.
Evalúa	Grado de placer y satisfacción experimentado por el sujeto en distintas áreas del funcionamiento cotidiano.
N.º de ítems	93.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El Q-LES-Q fue desarrollado con la intención de obtener un cuestionario que midiera de forma sensible la satisfacción y el placer del paciente con su vida cotidiana.
- Se trata de un instrumento genérico de calidad de vida, es decir, aplicable a todo tipo de pacientes independientemente del diagnóstico y tratamiento.
- Consta de 93 ítems, 91 de los cuales exploran la satisfacción y el placer experimentado en las siguientes 8 áreas:
  - Estado de salud física (13 ítems).
  - Estado de ánimo (14 ítems).
  - Trabajo (13 ítems).
    - Solamente a contestar por las personas que están trabajando aunque sea sin remuneración (p. ej., voluntariado).
  - Actividades del hogar (10 ítems).
    - Solamente a contestar por las personas que son responsables de la realización de algunas tareas de la casa, bien para sí mismos o para otras personas.
  - Tareas de clase/curso (10 ítems).
    - Solamente para las personas que en la semana pasada han seguido o participado en algún tipo de curso o clase en un centro, escuela, colegio o Universidad.
  - Actividades de tiempo libre (6 ítems).
  - Relaciones sociales (11 ítems).
  - Actividades generales (14 ítems).
- Los 2 ítems restantes miden la satisfacción con la medicación y la satisfacción global.
- Para contestar a cada ítem el paciente dispone de una escala tipo Likert de frecuencia de 5 valores que oscila entre nunca y muy a menudo o siempre.
- El marco de referencia temporal es la semana pasada.

Corrección e interpretación

- Proporciona puntuaciones de cada una de las áreas exploradas y puntuaciones de satisfacción con la medicación y satisfacción global.
  - La puntuación para cada área se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman: puntuación directa.
  - Esa puntuación directa se transforma y expresa en porcentaje respecto a la máxima puntuación posible que un sujeto puede obtener en esa área.

Referencias complementarias

Bishop SL, Walling DP, Dott SG, Folkes CC, Bucy J. Refining quality of life: Validating a multidimensional factor measure in the severe mentally ill. Qual Life Res 1999; 8: 151-160.

13.5. Escala de Calidad de Vida (Quality of Life Scale, QLS)

Autores	D. W. Heinrichs, T. E. Hanlon, W. T. Carpenter.
Referencia	*The Quality of Life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome.* Schizophr Bull 1984; 10: 388-399.
Evalúa	La afectación del funcionamiento debido a síntomas de defecto.
N.º de ítems	21.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- Originalmente, tal como sus autores indican, la QLS fue desarrollada para la evaluación de la disfunción del paciente debida al defecto esquizofrénico. Sin embargo, en la mayor parte de los estudios se aplica con la intención de determinar el nivel de calidad de vida del paciente.
- Consta de 21 ítems que se agrupan en las siguientes 4 categorías o factores:
  - Funciones intrapsíquicas: cognición, conación y afectividad (ítems 13-17, 20-21).
  - Relaciones interpersonales: experiencia interpersonal y social (ítems 1-8).
  - Rol instrumental: trabajo, estudio, deberes parentales (ítems 9-11).
  - Uso de objetos comunes y actividades cotidianas (ítems 18-19).
  - – El ítem 12 (satisfacción) no puntúa en ninguno de los factores.
- Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 valores, que oscila entre 0 (mayor grado de disfunción en ese ítem) y 6 (normalidad).
- El marco de referencia temporal son las 4 semanas anteriores.
- Heteroaplicada; debe ser administrada por un clínico entrenado en el uso de la escala mediante una técnica de entrevista semiestructurada.
  - La propia escala, en el cuadernillo de aplicación (no reproducido en esta obra) proporciona una serie de preguntas orientativas para la evaluación de cada ítem. Además proporciona también descripción detallada de qué se pretende evaluar con cada uno de los ítems, y criterios operativos para la asignación de las puntuaciones.
- Existe una versión en español.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación global que es la suma de las puntuaciones en todos los ítems de la escala excepto el 12 de satisfacción.
  - También proporciona puntuaciones en cada uno de los 4 factores; se obtienen sumando las puntuaciones en los ítems que los constituyen.
- No existen puntos de corte. A mayor puntuación, mejor funcionamiento del paciente en esa categoría.

Referencias complementarias

Rodríguez Fornells A, Rodríguez A, Jarne Esparcia A, Soler Pujol R, Miarons R, Grau Fernández A. Validez de constructo de la escala de calidad de vida en la esquizofrenia (QLS). Barcelona, Sexto Congreso Association of European Psychiatrists, 1992.

13.6. Perfil de Calidad de Vida de Lancashire (Lancashire Quality of Life Profile, LQoLP)

Autores	J. P. Oliver, P. J. Huxley, S. Priebe, W. Kaiser.
Referencia	*Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile.* Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol 1997; 32: 76-83.
Evalúa	Calidad de vida en enfermos mentales crónicos.
N.º de ítems	98 distribuidos en 15 secciones con número variable de ítems en cada una de ellas.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- El LQoLP es una entrevista estructurada para valorar la calidad de vida de enfermos mentales crónicos, desarrollado por Oliver, Huxley y Bridges en 1996 a partir de la Entrevista de calidad de vida de Lehman y que precisa aproximadamente 30 minutos en su cumplimentación.
- Evalúa las siguientes áreas: Trabajo/educación, tiempo libre, religión, aspectos económicos (finanzas), alojamiento, problemas legales y de seguridad ciudadana, relaciones familiares, relaciones sociales, salud y autoestima.
- Consta de las siguientes secciones:
  - Sección 1: detalles personales del paciente (4 ítems).
  - Sección 2: bienestar general del paciente (1 ítem).
  - Sección 3: trabajo/educación (7 ítems).
  - Sección 4: tiempo libre/participación en actividades recreativas (8 ítems).
  - Sección 5: religión (4 ítems).
  - Sección 6: finanzas (7 ítems).
  - Sección 7: alojamiento (12 ítems).
  - Sección 8: problemas legales y de seguridad ciudadana (4 ítems).
  - Sección 9: relaciones familiares (7 ítems).
  - Sección 10: relaciones sociales (6 ítems).
  - Sección 11: salud (20 ítems).
  - Sección 12: autovaloración (10 ítems).
  - Sección 13: bienestar general del paciente (4 ítems).
  - Sección 14: observaciones finales (1 ítem, posibilidad de nuevo contacto en el futuro).
  - Sección 15: comentarios del entrevistador (3 ítems, para responder el entrevistador).
- Cada una de las secciones incluye varios ítems de valoración objetiva y subjetiva.
- Las valoraciones subjetivas se realizan mediante una escala analógica visual, ESV (escala de satisfacción con la vida): entre 1, lo peor (muy descontento/insatisfecho) a 7, lo mejor (muy contento/satisfecho).
- Además se añaden a la entrevista otras dos medidas de bienestar psicológico: la Affect Balance Scale de 10 ítems, a modo de indicador de salud mental y la Self-Esteem Scale, también de 10 ítems, que valora tanto la autoestima positiva como la negativa.
- El instrumento también valora el bienestar global de tres maneras distintas: a través de la «escala de Cantril» como escala analógica-visual de 10 cm, de la «escala de felicidad» de tres categorías, y de una medida de bienestar global realizada al comienzo y final de la entrevista a través de la ESV.
- También incluye una evaluación de la calidad de vida basada en la observación y el conocimiento previo del caso por parte del entrevistador.

Corrección e interpretación

- El LQoLP proporciona un perfil bastante completo, aunque al mismo tiempo sencillo, del nivel actual de funcionamiento psicosocial de un paciente.
- Combina tanto elementos «objetivos», basados en datos de diversos dominios y aspectos de la vida del paciente, como elementos «subjetivos», derivados de la valoración personal del mismo.
- Existe un manual de uso para la aplicación de la entrevista.

Referencias complementarias

Gaite L, Vázquez-Barquero JL, Arrizabalaga Arrizabalaga A, Schene AH, Wlcher B, Thornicroft G y cols. Quality of life in schizophrenia: development, relizability and internal consistency of the Lancashire Quality of Life Profile – European version. EPSILON Study 8. European Psychiatric Services: Inputs Linked to outcome domains and needs. Br J Psychiatry 2000; 177 (Suppl 39): s49-54.

Vázquez-Barquero JL, Gaite L, Ramírez N, García Usieto E, Borra Ruiz C, Sanz García O y cols. Desarrollo de la versión española del perfil de calidad de vida de Lancashire (LQOLP). Archivos de Neurobiología 1997; 60: 125-139.

13.7. Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)

Autores	J. Giner, E. Ibáñez, E. Baca, J. Bobes, C. Leal, S. Cervera.
Referencia	*Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida* (CSCV). Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1997; 25 (Supl 2): 11-23.
Evalúa	La calidad de vida subjetiva de los pacientes esquizofrénicos.
N.º de ítems	59.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- El CSCV es un instrumento diseñado para evaluar la calidad de vida del paciente esquizofrénico tal y como éste la percibe.
- Consta de 59 ítems que se agrupan en 2 escalas:
  - Aspectos favorables (CSCV-F): formada por 13 ítems que a su vez se agrupan en 3 factores:
  - Satisfacción vital (ítems 4, 10-13).
  - Autoestima (ítems 1-3, 5).
  - Armonía (ítems 6-9).
  - Aspectos desfavorables (CSCV-D): formada por 46 ítems que se agrupan en 9 factores:
    - Falta de aprehensión cognitiva (ítems 1-3, 5 y 35).
    - Pérdida de energía (ítems 4, 9, 10, 18, 21, 26, 32, 34, 37 y 45).
    - Falta de control interno (ítems 8, 15-17, 25, 29 y 46).
    - Dificultad de expresión emocional (ítems 7, 12, 23, 28 y 40).
    - Dificultad de expresión cognitiva (ítems 6, 36, 38, 41-44).
    - Extrañamiento (ítems 11, 19 y 39).
    - Miedo a la pérdida del control (ítems 20, 30 y 33).
    - Hostilidad contenida (ítems 22, 24 y 27).
    - Autoestima (ítems 13, 14 y 31).
- Los ítems se puntúan mediante una escala Likert de 5 valores que oscilan entre 1 (completo desacuerdo) y 5 (completo acuerdo).
- El marco de referencia temporal es el momento actual.
- Es una escala autoaplicada.

Corrección e interpretación

- Proporciona un perfil de calidad de vida, con puntuaciones en los 12 factores y en las 2 escalas.
- La puntuación en cada factor se halla calculando la media aritmética de los puntos en los ítems que lo forman. La puntuación en las escalas se halla calculando la media aritmética de las puntuaciones en los factores que las conforman.
- Todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 1 y 5. No existen puntos de corte:
  - En los factores de la escala desfavorable y en ella misma: a mayor puntuación, peor calidad de vida.
  - En los factores de la escala favorable y en ella misma: a mayor puntuación, mejor calidad de vida.

Referencias complementarias

Giner J, Baca E, Bobes J, Ibáñez E, Leal C, Cervera S. Calidad de vida en enfermos esquizofrénicos. Desarrollo de un instrumento español para su evaluación: el Cuestionario «Sevilla». Anales de Psiquiatría 1995; 11: 313-319.

Giner J, Ibáñez E, Cervera S, Sanmartín A, Caballero R. Experiencia subjetiva y calidad de vida en esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr 2001; 29: 233-242.

Ibáñez E, Giner J, Cervera S, Baca E, Bobes J, Leal C. El Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: propiedades psicométricas. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1997; 25 (Supl 2): 24-31.

Seoane J. Estilos y tipos de calidad de vida en el Cuestionario Sevilla. Actas Esp Psiquiatr 1999; 27: 245-249.

13.8. Escala de Calidad de Vida para la Depresión (Quality of Life Depression Scale, QLDS)

Autores	S. M. Hunt, S. P. McKenna.
Referencia	*The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression.* Health Policy 1992; 22: 307-319.
Evalúa	La calidad de vida en los pacientes con depresión.
N.º de ítems	22.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- Desarrollada con la intención de crear un instrumento para evaluar cómo la enfermedad y su tratamiento influyen en la calidad de vida de los pacientes con depresión.
- Consta de 34 ítems de respuesta dicotómica sí o no. A esta escala se le han hecho numerosas críticas respecto a que los ítems son más síntomas de depresión que cuestiones relacionadas con la calidad de vida, y que por tanto evaluaría más bien la percepción subjetiva de la enfermedad.
- Marco de referencia temporal: el momento actual.
- Se trata de una escala autoaplicada.
- Existe una versión en español.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación global que oscila entre 0 y 34, y que es la suma de las puntuaciones en los 34 ítems.
  - A las respuestas marcadas por el paciente que indiquen un deterioro de la calidad de vida se les otorga 1 punto. Esas respuestas son:
    - Respuestas afirmativas (sí o verdadero) en los ítems 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 19-25, 27-29, 31-33.
    - Respuestas negativas (no o falso) en los ítems restantes.
  - Las respuestas contrarias a las anteriores valen 0 puntos.
- No existen puntos de corte. A mayor puntuación, peor calidad de vida.

Referencias complementarias

Cervera S, Ramírez N, Girala N. Escala de calidad de vida para depresión (ECVD). Manual de uso. Universidad de Navarra, 1996.

Cervera-Enguix S, Ramirez N, Girala N, McKenna SP. The development and validation of a Spanish version of the quality of life in depression scale (QLDS). Eur Psychiatry 1999; 14: 392-398.

McKenna SP, Hunt SM. A new measure of quality of life in depression: Testing the reability and construct validity of the QLDS. Health Policy 1992; 22: 321-330.

13.9. Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer (ADRQL)

Autores	P. V. Rabins, J. D. Kasper, L. Kleinman, B. S. Black, D. L. Patrick.
Referencia	*Concepts and methods in the development of the ADRQL: An instrument for assessing health-related quality of life in persons with Alzheimer disease.* J Ment Health Aging 1999; 5: 33-48.
Evalúa	La calidad de vida en pacientes dementes.
N.º de ítems	47.
Administración	Heteroaplicada.

Descripción

- El ADRQL es un instrumento específicamente diseñado para evaluar la calidad de vida del paciente demente.
- Consta de 47 ítems que evalúan 5 dominios de la vida de los pacientes:
  - Relaciones con otras personas.
  - Identidad personal y de personas importantes.
  - Conductas estresantes.
  - Actividades cotidianas.
  - Comportamiento en el lugar de residencia.
- Los ítems se puntúan mediante una escala dicotómica «de acuerdo/desacuerdo».
- El marco de referencia temporal son las 2 semanas previas.
- Es una escala heteroaplicada; el cuidador manifiesta su acuerdo o desacuerdo con las sentencias referentes a la conducta del paciente.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación global de calidad de vida.
- No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mejor calidad de vida.

Referencias complementarias

González-Salvador T, Lyketsos CG, Baker A, Hovanec L, Roques C, Brandt J y cols. Quality of Life in dementia patients in long-term care. Int J Geriatr Psychiatry 2000; 15: 181-189.

13.10. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

Autores	S. H. Zarit, K. E. Reever, J. Bach-Peterson.
Referencia	*Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden.* Gerontologist 1980; 20: 649-654.
Evalúa	El grado de sobrecarga del cuidador.
N.º de ítems	22.
Administración	Autoaplicada.

Descripción

- Diseñada por los autores para evaluar la sobrecarga de los cuidadores de los pacientes con demencia desde la teoría general del estrés.
- Consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a la prestación de cuidados:
  - Salud física.
  - Salud psíquica.
  - Actividades sociales.
  - Recursos económicos.
- El cuidador para contestar dispone de una escala tipo Likert de 5 valores de frecuencia que oscilan entre 1 (no presente) y 5 (casi siempre).
- Se trata de una escala autoaplicada.
- Existe una versión disponible en castellano.

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total que resulta de la suma de las puntuaciones en los 22 ítems. Esta puntuación total tiene un rango que va desde 22 a 110.
- Los puntos de corte propuestos por los autores de la adaptación y validación en español son:
  - No sobrecarga: 22.46.
  - Sobrecarga leve: 47.55.
  - Sobrecarga intensa: 56.110.
- Asimismo estos autores proporcionan valores percentiles de la puntuación directa.

P_{10}	P_{20}	P_{30}	P_{40}	P_{50}	P_{60}	P_{70}	P_{80}	P_{90}	P_{100}
29	35	39	43	49	55	61	69	77	96

Referencias complementarias

Martín M, Salvadó I, Nadal S, Mijo LC, Rico JM, Lanz P, Taussig MI. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol 1996; 6: 338-346.

Martín M, Ballesteros J, Ibarra N, Loizaga C, Serrano B, Larumbe MJ, Aizcorbe C, Belenguer C. Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30: 201-206.

CAPÍTULO 14

Pautas guía para la evaluación psicométrica en la práctica clínica cotidiana

A continuación proponemos a modo de «Pautas Guía para la Evaluación Psicométrica» de los grandes síndromes psiquiátricos, lo que no pretende ser más que una orientación sencilla y práctica, para los que se animen a iniciarse o adentrarse en el mundo de la psicometría.

Estas pautas guía se derivan de nuestra experiencia clínica y psicométrica personal. La selección de los instrumentos se ha basado en criterios de economía de medios (fundamentalmente tiempo), simplicidad y buena aceptación por parte de los pacientes, facilidad de corrección y ágil traducción clínica. Por supuesto, queda abierta al clínico la posibilidad de cuantas aportaciones y/o modificaciones considere oportuno en función de su criterio, situación y preferencias personales.

El esquema que se va a seguir en este nuevo apartado, en aras de ahorrar espacio y no resultar repetitivos, es el siguiente:

– En primer lugar, en las *pautas guía genéricas* para los síndromes psiquiátricos se describe lo que se considera el denominador común de la evaluación psicométrica aplicable a todos los síndromes psiquiátricos.
– En segundo lugar, en las *pautas guía específicas* para los síndromes psiquiátricos proponemos los instrumentos de evaluación psicométrica específicos recomendables para cada uno de los síndromes diagnósticos.

14.1. Pautas guía genéricas para los síndromes psiquiátricos

Área	*Instrumento*
Orientación diagnóstica	1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) ► Si existe sospecha de síndrome psicótico y edad adolescente-juvenil, utilizar también 4.3. Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos (SIPS) ► Si existe sospecha de síndrome psicótico y edad adulta, utilizar también 1.2. Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas (CAPE)
Trastornos de la personalidad	9.2. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)-módulo de cribado *(screening)*
Estado clínico global	10.1. Escala de Impresión Clínica Global (ICG) ► Si se trata de un trastorno esquizofrénico, utilizar en su lugar 10.3. Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia (CGI-SCH) ► Si se trata de un trastorno bipolar, utilizar en su lugar 10.2. Escala de Impresión Clínica Global para el Trastorno Bipolar Modificada (CGI-BP-M)
Efectos adversos del tratamiento	11.5. Escala de Efectos Secundarios (UKU)
Funcionamiento y discapacidad	12.1.1. Escala de Discapacidad de la OMS-II (WHODAS-II)
Calidad de vida	13.1. Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36) ► Si existe instrumento de evaluación de calidad de vida específico para el trastorno objeto de evaluación, utilizarlo también de manera complementaria

14.2.1. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas

Como instrumento ideal para la evaluación de la gravedad del consumo de sustancias psicoactivas recomendamos, sin duda alguna, el Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI). Sin embargo, somos conscientes del esfuerzo, en términos de tiempo, que requiere este instrumento. Por ello, en las pautas guía siguientes se proponen algunas alternativas más económicas en tiempo, pero con la contrapartida de gran pérdida de información.

Trastornos debidos al consumo de alcohol

Área	*Instrumento*
Gravedad del consumo	3.4. Test AUDIT
Gravedad del síndrome de abstinencia	3.6. Escala para la Evaluación de la Abstinencia Alcohólica (revisada) (CIWA-Ar)

Trastornos debidos al consumo de opioides

Área	*Instrumento*
Gravedad del síndrome de abstinencia	3.11. Escala de Abstinencia de Opiáceos (OWS)

Trastornos debidos al consumo de sedantes o hipnóticos

Área	*Instrumento*
Gravedad del síndrome de abstinencia	11.1. Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiacepinas (BWSQ)

Trastornos debidos al consumo de cocaína

Área	*Instrumento*
Compulsión por el consumo	3.14. Cuestionario de *Craving* de Cocaína (CCQ)
Gravedad del síndrome de abstinencia	3.13. Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína (CSSA)

14.2.2. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes

<table>
<tr><th>Área</th><th>Instrumento</th></tr>
<tr><td>Psicopatología nuclear</td><td>4.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS)
► Síndrome deficitario
4.5.2. Escala para el Síndrome Deficitario (SDS)
► Síndrome cognitivo
2.1. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)</td></tr>
<tr><td>Psicopatología frecuente</td><td>► Depresión
5.6. Escala de Depresión de Calgary (CDS)
► Agresividad
4.6. Escala de Agresividad Manifiesta (OAS)
► Conciencia de enfermedad
4.7. Escala de Evaluación del Insight (SUMD)</td></tr>
<tr><td>Comportamiento agitado</td><td>4.10.1. Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (ABS)</td></tr>
<tr><td>Estado clínico global</td><td>10.3. Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia (CGI-SCH)</td></tr>
<tr><td>Monitorización somática</td><td>► Aumento de peso/síndromes dismetabólicos
Peso (kg)
Índice de Masa Corporal (IMC = kg/m^2)
Glucosa en ayunas
Colesterol en ayunas
Triglicéridos en ayunas
► Listado QTc
<table>
<tr><th>Factores de riesgo para prolongación QTc y arritmia ventricular</th><th>Sí</th><th>No</th></tr>
<tr><td>Edad anciana</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Enfermedad cardíaca preexistente</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Género femenino</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Depleción de potasio</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Tratamiento concomitante con fármacos que alargan el QTc (antiarrítmicos, antihistamínicos o antimicrobianos, etc.)</td><td></td><td></td></tr>
</table>
► Agranulocitosis/miocarditis
Fórmula leucocitaria y recuento diferencial
Creatinfosfocinasa (CPK)
Electrocardiograma (ECG)</td></tr>
<tr><td>Pronóstico</td><td>4.11. Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter</td></tr>
<tr><td>Necesidades</td><td>4.12. Escala de Valoración de Necesidades y Satisfacción del Paciente (2-COM Checklist)</td></tr>
</table>

14.2.3. Trastornos del humor (afectivos)

Trastornos depresivos

Área	*Instrumento*
Psicopatología nuclear	5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)
Comportamiento suicida	► Predicción/riesgo de cometer actos suicidas 6.5. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS) ► Evaluación del acto suicida 6.3. Escala de Intencionalidad Suicida (SIS)

Trastorno bipolar (fase maníaca)

Área	*Instrumento*
Psicopatología nuclear-manía	5.11. Escala de Young para la Evaluación de la Manía (YMRS)
Estado clínico global	10.2. Escala de Impresión Clínica Global para el Trastorno Bipolar Modificada (CGI-BP-M)

14.2.4. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos

Trastorno de ansiedad social

Área	*Instrumento*
Psicopatología nuclear	7.11. Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS)

Trastorno de pánico

Área	*Instrumento*
Psicopatología nuclear	7.8. Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS)

Trastorno de ansiedad generalizada

Área	*Instrumento*
Psicopatología nuclear	7.21. Escala de Detección del TAG de Carroll y Davidson

Trastorno obsesivo-compulsivo

Área	*Instrumento*
Psicopatología nuclear	7.15. Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS)

Trastorno de estrés postraumático

Área	*Instrumento*
Psicopatología nuclear	7.16. Escala para el TEPT Administrada por el Clínico (CAPS) ► Si se requiere poco tiempo de administración, utilizar entonces 7.18. Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)
Estado clínico global	7.20. Índice Global de Duke para el Trastorno de Estrés Postraumático (DGRP)

Trastorno de somatización

Área	*Instrumento*
Psicopatología nuclear	7.6. Test de Othmer y DeSouza para la Detección del Trastorno de Somatización

14.2.5. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos

Trastornos de la conducta alimentaria

Área	*Instrumento*
Imagen corporal	8.1.4. Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner
Psicopatología nuclear	8.1.1. Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI) ► Si existe sintomatología bulímica, utilizar también: 8.1.3. Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)
Motivación para el tratamiento	8.1.5. Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA)

Trastornos no orgánicos del sueño

Área	*Instrumento*
Psicopatología nuclear	8.2.1. Cuestionario Oviedo de Calidad del Sueño (COS)
Gravedad del síndrome de abstinencia	11.1. Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiacepinas (BWSQ)

Disfunción sexual no orgánica

Área	*Instrumento*
Psicopatología nuclear	8.3.1. Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (CSFQ) ► En caso de disfunción eréctil, utilizar además 8.3.2. Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF)

14.2.6. Trastornos de la personalidad y del comportamiento en el adulto

Área	*Instrumento*
Psicopatología nuclear	9.2. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)


9 788497 060721
ISBN 84-9706-072-5


Ars Medica
www.arsmedica.info